Rok LV. Kraków, 1. marca 1916. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PROF. DR STANISŁAW DOMAŃSKI

Stanisław Domański urodził się w Krakowie w r. 1844, w Krakowie ukończył szkołę średnią i odbywał studya uniwersyteckie.

W r. 1870 uzyskał dyplom doktora medycyny, następnie chirurgii; dla uzupełnienia studyów udał się do Wiednia, poczem objął stanowisko sekundaryusza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Jako docent nauki o chorobach układu nerwowego od r. 1871, był ś. p. Dr Stanisław Domański pierwszym przedstawicielem tej gałęzi wiedzy lekarskiej na uniwersytecie krakowskim i pionierem tego działu medycyny w kraju. Wykładami swoimi z dziedziny dyagnostyki chorób nerwowych i elektrodyagnostyki umiał on wśród uczniów Wydziału lekarskiego wzbudzać nie tylko zainteresowanie, ale i zamiłowanie do tej nowej, w owym czasie dopiero wyodrębnionej gałęzi umiejętności lekarskich.

Drukiem ogłosił prof. Domański następujące prace: »Kilka uwag nad przypadkiem porażenia nerwu twarzowego z zupełną utratą smaku« w r. 1869; »O chorobie Basedowa« w r. 1873; »O rozpoznawaniu i leczeniu porażeń tudzież o znaczeniu przypadów im towarzyszących« w r. 1874; »Podręcznik elektroterapii«, str. 322, w r. 1876; »O kile układu nerwowego« w r. 1881; »Chorobowe objawy umysłowe« w r. 1901; »Choroby mózgu« (rozdział w podręczniku Jaworskiego »Nauka o chorobach wewnętrznych«) w r. 1903, wreszcie »O nerwicy urazowej« w r. 1913. Ostatnia ta praca jest wyczerpującą monografią, opartą nie tylko na obcem, ale i na własnem 40-letniem doświadczeniu. Wszystkie te prace z najróżnorodniejszych działów neuropatologii świadczą o tem, że prof. Domański ciągle, aż do ostatnich lat życia, podążał za postępem nauki i posiadał dużą erudycyę i znajomość swojej specyalności. Pracami temi, a przedewszystkiem podręcznikami o elektroterapii i chorobach mózgu, przyczynił się prof. Domański w swoim czasie do rozszerzenia wiadomości z dziedziny neurologii nie tylko wśród uczniów, ale i lekarzy.

Ś. p. Stanisław Domański był uosobieniem i wzorem miłości dla rodzinnego miasta. Swojem idealnem umiłowaniem Krakowa, które stało się z biegiem czasu legendarnem, objął On i perłę tego miasta — prastarą Wszechnicę Jagiellonów. Do spraw uniwersyteckich odnosił się zawsze z wielkim pietyzmem i żywo się niemi interesował. To też był jednym z najlepszych znawców dziejów naszego uniwersytetu. W Radzie miejskiej, do której należał od r. 1881, był gorącym rzecznikiem spraw uniwersyteckich i zawsze, ile razy to zgadzało się z jego przekonaniem, postulaty uniwersytetu gorąco i skutecznie popierał.

W życiu ogólno-lekarskiem brał ś. p. prof. Domański w swoim czasie żywy udział. Przez półczwarta roku był redaktorem »Przeglądu lekarskiego«, współpracował w obu wydaniach »Słownika lekarskiego polskiego« w r. 1881 i 1905; dwukrotnie, a mianowicie w latach 1877 i 1878, był prezesem Towarzystwa lekarskiego.

Ze szczególnym naciskiem podnieść należy, że stosunek ś. p. Domańskiego do kolegów był zawsze idealny i pełen taktu i dobroci.

Na niwie społeczno-higienicznej położył Domański wielkie zasługi. Ktoż z nas nie wie, że Jemu Kraków zawdzięcza powstanie całego szeregu zakładów sanitarnych i instytucyi humanitarnych. On był twórcą pierwszego zakładu dezynfekcyjnego w mieście i rzeźni miejskiej, urządzonej według nowoczesnych wymagań higieny i techniki, inicyatorem wodociągu krakowskiego i założycielem Towarzystwa kolonii wakacyjnych dla dzieci.

W uznaniu zasług, jakie położył ś. p. Stanisław Domański około dobra Towarzystwa lekarskiego, wybrało Go Krakowskie Towarzystwo lekarskie swym członkiem honorowym. W uznaniu Jego pracy naukowej i dydaktycznej otrzymał na wniosek Wydziału lekarskiego już w r. 1879 tytuł profesora nadzwyczajnego, a w r. 1914 zwyczajnego profesora patologii i terapii chorób układu nerwowego. A w listopadzie roku zeszłego przy pożegnaniu, gdy po 44 latach pracy w Wydziale lekarskim opuszczał swoje stanowisko, koledzy, chcąc dać wyraz serdecznej koleżeńskiej wdzięczności i uznania za Jego pracę, wręczyli Mu na pamiątkę następujący adres:

»Umiłowałeś miłością wielką a wierną swój macierzysty, prastary Piastów i Jagiellonów gród i jego chlubę największą, »przemożnych nauk perłę«, i oddałeś im w ofierze cały swój żywot pracowity. Umiałeś dosłyszeć głos, którym omszałe mury stolicy królów naszych opowiadają przeszłość i szepczą o przyszłości; więc i pomników dawnej

świetności niezłomnie strzegłeś, i troskliwą ręką zarzewie nowego nieciłeś blasku. Strażnikiem byłeś zawsze czujnym ojczystego obyczaju, a nieporównanej mowy naszej broniłeś wśród nas od zepsucia i skazy«.

»Umiłowałeś Krakowa, Twego ukochanego Krakowa, klejnot największy, dostojną nauk Macierz, i przez lat czterdzieści i cztery twardą dla niej pełniłeś służbę, zasiewając nową, przez Ciebie z ugoru wyoraną niwę nauki«.

»Odchodząc od towarzyszy Twej pracy, obejrzyj się jeszcze za siebie, jak wschodzą rzucane przez Ciebie ziarna, jaki zastęp Twych uczniów staje u pługa, od którego odejmujesz spracowane dłonie, ile szacunku, wdzięczności i miłości zostawiasz wśród nas, dla których byłeś zawsze wzorem koleżeństwa; wtedy uczujesz, że węzeł, łączący nas z Tobą, nie zesłabnie na dalsze, oby najdłuższe a pogodne lata Twojego wypoczynku; wtedy powiesz słowo, do którego mają prawo tylko wybrani: »Diem non perdidi«.

Niestety niedługo mógł profesor Domański cieszyć się owocami swej pracy, uznaniem, jakiem go obdarzono, i zażywać zasłużonego wypoczynku. Przyszła ciężka choroba, która 12 lutego 1916 r. położyła kres Jego życiu.

Ze śmiercią profesora Stanisława Domańskiego zeszedł do grobu obok ś. p. Jordana, Pareńskiego i Jakubowskiego jeden z najbardziej zasłużonych lekarzy krakowskich i obywateli miasta Krakowa, a zarazem jedna z najpopularniejszych postaci podwawelskiego grodu. Pamięć o Nim nie zaginie. Zakłady, które stworzył, i instytucye, które do życia powołał, pozostaną trwałym pomnikiem Jego niestrudzonej i pożytecznej działalności dla dobra ogółu.

Jan Piltz.

O znużeniu

napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

(Dokończenie).

W znużeniu mięśni pobudliwość oraz czynność elementów właściwych, t. j. włókienek mięsnych, słabnie, nie ulegająca zaś znużeniu sarkoplazma łatwo się kurczy; stąd powstają niekiedy przykurczenia znużonych mięśni. Badania ergograficzne (Henri i Joteyko)[59]) wskazują, że zmiana czynności mięśnia jest inna, gdy sam mięsień jest znużony, jak wówczas, gdy znużone są ośrodki nerwowe, z których wychodzą podniety ruchowe do mięśnia. W znużeniu mięśnia wysokość wzniesień fali, odpowiadających poszczególnym skurczom mięśnia, obniża się, w znużeniu zaś ośrodków ilość tych wzniesień zmniejsza się. Cybulski[60]) podaje, że siła elektromotoryczna mięśni, drażnionych przez dłuższy czas, a szczególnie drażnionych aż do zupełnego znużenia, jest stale mniejsza, niż siła elektromotoryczna mięśni niedrażnionych, coby wskazywało, że przewodzenie wewnętrzne, międzywłóknowe, jest w mięśniach drażnionych większe, niż w mięśniach niedrażnionych.

W znużonych mięśniach stwierdzono także zmiany morfologiczne. Bernard[61]) zauważył w znużonych mięśniach owadów zatarte prążkowanie, Wells[62]) zaś znalazł, że mięśnie królika drażnione przez nerw kulszowy aż do znużenia, wyrodnieją woskowato, co Wells przypisuje nagromadzeniu się w mięśniach kwasu mlecznego.

Według Boucharda[63]) uczucie znaczenia powstaje nie wskutek działania na mięśnie i na ośrodki nerwowe ciał, wytworzonych przy pracy mechanicznej mięśni, ale wskutek wyczerpania zapasu glikogenu w mięśniach; atoli argumenty, jakie przytacza Bouchard na poparcie tego poglądu, nie są bynajmniej przekonywające.

Zaburzenia w układzie krążenia i oddychania w znużeniu fizycznem. Toksyczne wytwory pracujących mięśni, zaniesione z krwią do odległych od nich części ustroju, działają na nie szkodliwie; w znużeniu fizycznem ujawnia się to głównie w zmianach, jakie powstają w układzie krwionośnym, oraz w czynności oddychania.

Czynność serca przy pracy fizycznej, jak wiadomo, wzmaga się. Pracujący nadmiernie mięsień sercowy po jakimś czasie słabnie, do czego przyczynia się także i stan naczyń, porażonych, według Jacobiego[64]) przez działanie toksyn, powstałych w mięśniach przy ich pracy i wchłoniętych przez krew; rzeczony bowiem stan naczyń, związany z ich rozszerzeniem, zniewala serce do silniejszej pracy, a przeto wiedzie do jego osłabienia. Gdy zaś mięsień sercowy osłabnie, cierpi przytem i własne jego ukrwienie, co oczywiście zdolność do pracy mięśnia sercowego wielce upośledza. Do osłabienia mięśnia serca przyczynia się zapewne obok działania rzeczonych toksyn na ruchowe ośrodki naczyń, także ich działanie na ośrodki nerwów serca lub na sam mięsień sercowy, a niewątpliwie muszą nań działać szkodliwie własne jego produkty, wytworzone w nadmiarze przy wzmożonej pracy serca.

W znużeniu fizycznem zachodzą tedy warunki, sprowadzające znużenie mięśnia sercowego, a co za tem idzie, niedomogę serca, która się objawia w przyspieszeniu, osłabieniu, a potem i niemiarowości skurczów serca, biciu serca, duszności, bladości, sprowadzonej przez skurcz naczyń obwodowych przy równoczesnem rozszerzeniu się naczyń wewnętrznych, głównie jamy brzusznej, unerwionych przez nerw trzewny, w zmianie rysów twarzy, niekiedy w zemdleniu wskutek niedokrwienia mózgu; wyrazem anatomicznym niedomogi serca jest jego rozszerzenie, przyczem głównie jest upośledzony skurcz serca i przyczem może powstać szmer wskutek względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej. Powstałe na tem tle osłabienie serca, związane z jego rozszerzeniem, może po jakimś czasie

---

[59]) Henri et Joteyko. Cpt. r. Acad. des sc. Paris 1903.
[60]) Cybulski l. c.
[61]) Bernard H. Cyt. wedł. Lubarscha.
[62]) Wells H. G. Journ. of. exper. Med. T. XI. Cyt. według Fürtha.
[63]) Bouchard Ch. Traité de pathologie générale T. III.
[64]) Jacobi l. c.

przejść, przy powtarzaniu się zaś wiodącej do znużenia wytężającej pracy fizycznej, może się wytworzyć stałe rozszerzenie serca z jego przerostem lub bez przerostu, a nawet po jednorazowej bardzo wytężonej pracy fizycznej może powstać nietylko trwałe, ale i z czasem potęgujące się ostre rozszerzenie serca. Niekiedy rozszerza się w znużeniu fizycznem tylko lewa komora serca. Wiele bardzo przypadków powstałych na tem tle zmian serca i jego czynności sprowadziły w ciągu ubiegłych lat kilkunastu nadużycia niektórych sportów, zwłaszcza kolarskiego, a w ostatnim roku forsowne pochody wojenne.

Łatwość, z jaką mięsień sercowy przy wytężającej pracy fizycznej ulega znużeniu, zależy oczywiście od jego stanu przed wykonaniem danej pracy, oraz od warunków jego ukrwienia, co znowu wiąże się ze stanem naczyń wieńcowych serca. Spostrzeżenia, poczynione także i w wojnie obecnej, i to bardzo liczne, wskazują, że piwosze o przerosłym i osłabionym mięśniu sercowym pierwsi w marszu słabną (Brandenburg [65]). Tak samo u ludzi ze zmianami patologicznemi mięśnia sercowego, powstałemi na innem tle, ze zmianami sklerotycznemi naczyń wieńcowych serca, ze zmianami tych naczyń, powstałemi na tle kiły, przy pracy fizycznej łatwo serce słabnie. Okoliczność ta zasługuje bardzo na uwagę przy powoływaniu do służby wojskowej ludzi starszych.

Powstały wskutek niedomogi serca zastój w układzie żylnym wiedzie do nadmiernego rozszerzenia żył, a co za tem idzie, do niedostatecznego funkcyonowania zastawek żylnych, do upośledzenia czynności żylnie przekrwionych narządów wewnętrznych, jakoto wątroby, nerek, a stąd do powstania białkomoczu, do czego zresztą, być może, i wydalanie nagromadzonych w ustroju jadów przez nerki się przyczynia, oraz do wystąpienia obrzęków.

Niebezpieczeństwo powstania ostrej niedomogi serca w znużeniu fizycznem jest szczególnie wielkie wówczas, gdy zwiastun, oznajmiający zbliżanie się tego stanu, mianowicie uczucie znużenia, które zazwyczaj sprowadza regulacyę zmian powstałych w znużonym ustroju przez zniewolenie do potrzebnego spoczynku, do świadomości nie dochodzi. Zdarza się to głównie pod wpływem silnie działających czynników psychicznych, które sprawiają, że człowiek zwraca uwagę tylko w jednym kierunku, z pomijaniem wszystkiego innego. Tak działają niektóre afekty, jak n. p. podniecenie lub zapał wojenny, albo też uczucie strachu, które wartość uczucia znużenia, jako czynnika regulacyjnego, znacznie obniżają. Owe wpływy psychiczne mają przytem i to jeszcze znaczenie, że sprowadzając drogą ośrodków zmiany w stanie naczyń, przyczyniają się same do ich porażenia, a tem samem i do powstania niedomogi serca.

Znaczny wysiłek fizyczny, zwłaszcza u osób z obniżoną sprawnością mięśnia sercowego wskutek toczących się w nim lub przebytych spraw chorobnych, może sprowadzić śmierć nagłą przez zatrzymanie akcyi serca, czyli przez porażenie serca, albo też przez uduszenie wskutek obrzęku płuc, co się zdarza, gdy głównie lub też jedynie osłabnie mięsień serca lewego.

W znużeniu fizycznem występuje stale mniejsza lub większa duszność, potęgująca się często do t. zw. zadyszenia się. Do powstania tej zmiany przyczynia się niewątpliwie osłabienie mięśnia sercowego, które sprowadza zaburzenia w krążeniu płucnem. Głównym atoli czynnikiem, który w znużeniu fizycznem duszność sprowadza, są owe przez pracujące mięśnie wytwarzane toksyny, które doprowadzone z krwią do ośrodka oddechowego, ośrodek ten pobudzają. Toksyny te, wprowadzone z krwią znużonego zwierzęcia do układu krwionośnego zwierzęcia prawidłowego, sprowadzają u niego duszność (Geppert i Zuntz)[66]) Duszność, powstała w znużeniu fizycznem, jest tu niewątpliwie czynnikiem regulacyjnym, przyczynia się bowiem przez wzmożenie dowozu tlenu do spalenia zatruwających ustrój niedotlenionych produktów przemiany materyi pracujących mięśni. Gdy regulacyjna czynność oddechowa, jaką jest duszność, stanie się niedostateczną, może nastąpić śmierć z uduszenia.

Znane są przypadki nagłej śmierci wśród intensywnej pracy mięśni, n. p. wśród tańca; klasycznym zaś przykładem nagłej śmierci z powodu zbytniego wysiłku fizycznego jest ów żołnierz z pod Maratonu, który przyniósłszy Ateńczykom radosną wieść o zwycięstwie nad Persami, padł ze znużenia nieżywy. Marfan [67]) przytacza dwa przypadki znużenia fizycznego z zejściem śmiertelnem, jakie spostrzegał Bertherand w Algierze; jeden człowiek zmarł, przebiegłszy w ciągu 45 godzin 192 kilometrów, a drugi, przebiegłszy w ciągu 62 godzin 252 kilometrów. Przy badaniu zwłok tych ludzi stwierdzono szybkie ich stężenie pośmiertne, oraz wczesny i szybko postępujący rozkład gnilny, co się tłómaczy warunkami, sprzyjającymi rozwojowi beztlenowców; krew była we wszystkich naczyniach zupełnie czarna i płynna, przeważna część mięśni z powodu zgnilizny była zupełnie rozmiękła i przytem ciemno zabarwiona, błony śluzowe i skóra były w wielu miejscach krwią podbiegłe. Powyższe zmiany pośmiertne wskazują, że w rzeczonych przypadkach nastąpiła śmierć z uduszenia.

Niekiedy padają ze znużenia zwierzęta w biegu lub w locie, mianowicie konie wyścigowe, które zresztą dość często chorują na serce, zwierzyna przed ścigającymi ją psami, oraz gołębie pocztowe. U gołębi pocztowych, zabitych po przebyciu 500 kilometrów, znalazł Mosso [68]) przy sekcyi zmiany asfiktyczne.

Często powtarzająca się ciężka praca fizyczna, połączona z zatrzymaniem oddychania na szczycie wdechu i napięciem mięśni wydechowych, wielce się przyczynia do powstania rozedmy płuc, zwłaszcza u ludzi, u których sprężystość płuc skądinąd jest już zmniejszona.

W znużeniu fizycznem ośródki nerwowe, z których niektóre i tak już cierpią wskutek nadmiernej czynności, są wogóle poważnie dotknięte wskutek zaburzenia powstałego w krążeniu ogólnem, które sprowadza ich niedokrwienie, na co rzeczone ośrodki, jak wiadomo, wielce są wrażliwe. Świadczy o tem zemdlenie w przypadkach wielkiego znużenia fizycznego. Jacobi [69]) podnosi, że upośledzenie krążenia w ośrodkach nerwowych utrudnia powstawanie podniet psychomotorycznych, że zaś w znużeniu cierpi cały

[65]) Brandenburg K. Med. Klinik 1914.

[66]) Geppert i Zuntz. Cyt. według Chłapowskiego.
[67]) Marfan l. c.
[68]) Mosso. Cyt. według Marfana.
[69]) Jacobi l. c.

narząd ruchowy, przedłuża się czas utajonego zadrażnienia, mechanizm odruchowy mięśni słabnie, a przez to ruchy stają się mniej dokładne. Tem tłómaczy się częste potykanie się w znużeniu fizycznem.

Działanie ciepła w znużeniu fizycznem. Ze szkodliwem działaniem powyżej omówionych czynników łączy się w znużeniu fizycznem działanie na ustrój podniesionej ciepłoty. Działa tu zarówno ciepło, bezpośrednio związane z czynnością, wiodącą do znużenia, t. j. ciepło, wyzwolone w znacznej ilości przy intensywnej pracy mięśni, jakoteż i wysoka ciepłota otoczenia, w jakiej często wykonywa się pracę fizyczną; w tym drugim przypadku ciepło działa w znużeniu fizycznem, jako drugorzędny chorobny czynnik zewnętrzny.

Jak wiadomo, ustrój chroni się od przegrzania głównie przez zwiększenie utraty ciepła, mianowicie przez promieniowanie ciepła, a zwłaszcza przez parowanie, i to głównie w tych warunkach zazwyczaj obficie wydzielanego potu. Do tego, by ta regulacya ciepła w ustroju mogła się należycie odbywać, potrzeba, by przez naczynia skórne przepływała krew w większej, niż zazwyczaj ilości, co znowu zależy od czynności serca i sprawności ośrodków naczyniowych. W znużeniu fizycznem, wskutek nagromadzonych w ustroju toksyn, czynność serca słabnie, a nadto i ośrodki nerwowe cierpią wskutek powstałego stąd niedokrwienia, a według wszelkiego do prawdy podobieństwa także i wskutek zatrucia. Pomimo że w znużeniu ilość ciepła wytworzonego przez pracujące mięśnie szybciej się zmniejsza, niż ich skurcze, (Störring [70]), regulacya ciepła przy intensywnej pracy mięśni, zwłaszcza w wysokiej ciepłocie otoczenia, może się stać niedostateczną, co się objawia w bladości skóry i zmniejszeniu wydzielania potu, a wówczas do działania czynników chorobnych, o których wyżej była mowa, przyłącza się szkodliwe działanie przegrzania ustroju. Według Verworna [71]), szkodliwe działanie podniesionej ciepłoty na ustrój sprowadza się do tego, że wskutek przyśpieszenia różnych spraw życiowych w wyższej ciepłocie dowóz tlenu, nie zwiększony odpowiednio do potrzeby, staje się niedostateczny, a co za tem idzie, sprawy oksydacyjne nie odbywają się w należytej mierze. Zważywszy, że w znużeniu zarówno układu nerwowego, jakoteż i mięśni niedostateczne utlenianie tak wielką odgrywa rolę, jasną jest rzeczą, że przegrzanie ustroju przy pracy fizycznej potęguje powstające tu zaburzenia, skoro oba te czynniki działają podobnie, a tem samem skutki ich mogą się w ustroju sumować. Zaznacza się to wyraźnie w upośledzeniu czynności mięśni dowolnych, zwłaszcza zaś serca; wskutek pobudzenia przez ciepło ośrodka oddychania zwiększa się duszność, powstała w znużonym ustroju na tle toksycznem. Wprawdzie podniesiona ciepłota ułatwia regulacyę cieplną przez pobudzanie odpowiednich ośrodków w mózgu (Haschimoto Masakazu) [72]), jednakże czynnik ten może działać tylko dopóty, dopóki pobudliwość tych ośrodków wskutek niedokrwienia i zatrucia nie osłabnie.

Przegrzanie ustroju w wysokiej ciepłocie otoczenia wielce ułatwia znaczniejsze nasycenie atmosfery parą wodną, co utrudnia utratę ciepła ustroju przez parowanie; dlatego praca fizyczna w dni upalne, a przytem parne, tak łatwo sprowadza znużenie.

Współdziałanie znużenia fizycznego oraz wysokiej ciepłoty otoczenia zachodzi w porażeniu żarowem, a względnie słonecznem, w którem przegrzanie ustroju sprowadza hipertermię, dochodzącą niekiedy do 46° (Reprew) [73]). W porażeniu słonecznem, do którego znużenie fizyczne, jak wiadomo, wielce usposabia, występuje na pierwsze miejsce zaburzenie regulacyi cieplnej ustroju. W eksperymentach Scagliosiego [74]), wykonanych na świnkach morskich, zaburzenie to było tak znaczne, że zwierzęta przeniesione z pod promieni słońca do miejsca chłodnego, nie mogły utrzymać prawidłowej ciepłoty ciała i ginęły w hipotermii.

Doświadczenie poucza, że niemożność ugaszenia pragnienia potęguje niebezpieczeństwo czynników, współdziałających w porażeniu słonecznem.

B. Znużenie fizyczne jako czynnik chorobny.

Z powyższego przedstawienia rzeczy widać, że znużenie fizyczne, gdy jest znaczne, wkracza w dziedzinę zmian chorobnych i sprowadza w ustroju poważne zaburzenia, głównie w układzie krążenia i oddychania, które nawet niekiedy mają zejście śmiertelne. Ponadto krążące w ustroju jadowite wytwory pracy mięśni mogą sprowadzić różne zaburzenia w narządach odległych, zwłaszcza jeśli odporność miejscowa tych narządów jest z jakiegobądź powodu zmniejszona. Sądząc z eksperymentów Gueriniego [75]), w znużeniu mięśni powstają nawet w różnych narządach prawidłowych, jakoto wątrobie, nerce, przysadce mózgowej, nadnerczach, zmiany histologiczne, będące wyrazem ich odczynu na rzeczone jady, oraz oznaką nadmiernej czynności lub też wyczerpania; to samo ma powstawać po wprowadzeniu do krwi zwierząt prawidłowych surowicy zwierząt, których mięśnie tetanizowano.

Ponieważ w znużeniu fizycznem czynność ośrodków, regulujących ciepłotę ustroju, jest przez powyżej przytoczone czynniki wogóle upośledzona, powstają niekiedy wybitne zaburzenia w tym względzie, przyczem ciepłota ciała zazwyczaj się podnosi. W lżejszych przypadkach tego rzędu sprawa ogranicza się zazwyczaj do kilkudniowej niedyspozycyi ogólnej z uczuciem znużenia, zbicia, bezsennością, niekiedy zaburzeniami żołądkowemi. W przypadkach cięższych przy ciepłocie ciała, dochodzącej do 39°, powstaje krwotok z nosa, występują bóle mięśni, ścięgien, niekiedy lekki obrzęk stawów, białkomocz; stan ogólny bywa przytem niekiedy tak ciężki, że przypomina stan tyfusowy; w niektórych przypadkach zaburzenia sercowe wysuwają się

[70]) Störring. Cyt. według Franka. Frank O. Ergeb. d. Physiol. Jhrg. III. 2. Abth. 1904.

[71]) Verworn l. c.

[72]) Hashimoto Masakazu. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. T. 78, 1915.

[73]) Reprew A. Uczebnik obszczej patologii. Charków 1897.

[74]) Scagliosi. Virch. Arch. T. 165, 1901. Ref. w Centr. f. allg. Path. u. path. Anat. 1902.

[75]) Guerini G. Arch. ital. de biol. 1903. Ref. w Biophys. Centr. T. IV. 1909/10.

na pierwsze miejsce. Takie gorączkowe sprawy chorobne mogą stosunkowo łatwo powstać u dzieci, uprawiających nadmiernie ćwiczenia fizyczne, a względnie sporty, przyczem zauważono, że nierzadko powstają u nich zmiany w kościach, objawiające się bólem, zwłaszcza nasad, które w kościach rosnących stanowią »locus minoris resistentiae«. Zauważono także u takich dzieci pewne usposobienie do zapalenia szpiku kostnego, co zapewne wiąże się z tą okolicznością, że szpik prawidłowy, sądząc ze stosunków, panujących w tym względzie u zwierząt wyższych (Rzegociński)[76]), prawdopodobnie i u człowieka niezawsze jest jałowy.

Że znużenie fizyczne usposabia do spraw zakaźnych, a w szczególności do samozakażenia, świadczą eksperymenty Charrina i Rogera[77]), w których świnki morskie, znużone jednodniowym lub dwudniowym marszem w odpowiednim przyrządzie, po jakimś czasie padały; we krwi, wątrobie i śledzionie tych zwierząt wykrywali Charrin i Roger liczne mikroby, a w niektórych eksperymentach stwierdzili, że były to mikroby, które przeszły do owych tkanek z jelita. Pod wpływem intensywnej pracy mięśni powstało tu tedy samozakażenie z jelita, a mikroby, które stamtąd wyszły, sadowiły się głównie w tych narządach, w których jak to sam stwierdziłem, utajony mikrobizm w warunkach fizyologicznych bardzo często się spotyka. Tak samo stwierdził Ficker[78]) w eksperymentach na psach, znużonych bieganiem w młynku elektrycznym, wzmożenie przechodzenia mikrobów ze światła jelita do narządów wewnętrznych, jakoto do gruczołów krezkowych, do których już w warunkach fizyologicznych mikroby nadzwyczaj często przechodzą (Rogoziński[79]), Wrzosek)[80]), do wątroby i nerki; głodzenie zwierząt nużonych wzmagało przechodzenie mikrobów z ich jelita do tkanek. Charrin i Roger[81]) znaleźli że znużone szczury ulegają łatwiej zakażeniu prątkami wąglika i szelestnicy, niż szczury prawidłowe. Że znużenie fizyczne usposabia także i człowieka do spraw zakaźnych, wskazują niektóre spostrzeżenia lekarskie; stwierdzano n. p. podczas epidemii duru, że w pewnych pułkach żołnierze częściej zapadali na tę chorobę w czasie uciążliwych ćwiczeń, niż po ich ograniczeniu, a względnie zaprzestaniu; niejednokrotnie stwierdzano zapalenie wyrostka robaczkowego u cyklistów po forsownej jeździe; Heilbronn[82]) opisuje epidemię grypy podczas obecnej wojny, w której zakażali się prawie wyłącznie żołnierze, znużeni ciężką pracą fizyczną przy budowie kolei, oficerowie zaś, pracujący w tych samych warunkach, co żołnierze, zupełnie nie chorowali. Znaną rzeczą jest pogorszenie, jakie znużenie fizyczne sprowadza w stanie osób gruźliczych. Nadto znużenie fizyczne przyśpiesza rozwój rozpoczynającej się miażdżycy tętnic, pogarsza stan nerek w ich zapaleniu, co prawdopodobnie wiąże się z gromadzeniem się nowych jadów w zazwyczaj i tak już zatrutym ustroju, sprowadza pogorszenie stanu i napady drgawek w histeryi i padaczce, wywołuje napady w dnie, przyśpiesza wyniszczenie ustroju i sprowadza śpiączkę w cukrzycy, a w wielu z tych chorób, przedewszystkiem zaś w chorobach serca, przez nagłe pogorszenie jego stanu może śmierć sprowadzić. Według Funka[83]) znużenie fizyczne usposabia do beri-beri. Podczas ostatnich wojen, nie wyłączając obecnie się toczącej, stwierdzono że znużenie fizyczne ma wielkie znaczenie jako czynnik usposabiający do obłędu, a względnie wyzwalający psychozy u osobników z konstytucyą psychopatyczną (Subotitsch[84]), Weygandt[85]) Według Weygandta znużenie fizyczne, jako czynnik, wywołujący psychozy, odgrywa nawet na wojnie większą rolę, niż czynniki psychiczne. Psychozy takie powstają niekiedy już wśród boju, niekiedy zaś dopiero później, u wycofanych z pola bitwy i przeniesionych do szpitala rannych lub chorych żołnierzy.

IV. Znużenie duchowe.

Wiadomości nasze o znużeniu duchowem są znacznie mniejsze, niż te, jakie posiadamy o znużeniu fizycznem; w braku bowiem należytych eksperymentalnych podstaw fizyopatologicznych, wiadomości nasze o znużeniu duchowem opierają się prawie wyłącznie na spostrzeżeniach lekarskich.

Znużenie umysłowe powstaje wskutek nadmiernego wytężania umysłu w jakimś kierunku, znużenie zaś psychiczne ma powstawać wskutek czy to jednorazowego zadziałania jakiegoś silnego wrażenia, czy też wskutek często powtarzającego się działania wrażeń słabszych. Odróżnienie obu powyższych postaci znużenia duchowego opiera się na tem, że znużenie umysłu powstaje wskutek nadmiernej pracy mózgu, która wykonywa się z wolą osoby umysłowo pracującej, psychiczne zaś znużenie powstaje bez względu na wolę danej osoby. Odróżnienie to nie jest jednak ścisłe, znużenie umysłowe może bowiem powstać i wówczas, gdy człowiek nadmiernie wytęża umysł nad jakąś ideą, czy jakiemś zagadnieniem, które bez jego woli, a niekiedy nawet przeciwko jego woli, często lub stale w ciągu dłuższego czasu mu się nastręcza. Nadto, nie wiedząc dokładnie, jakie elementy korowe w każdej z obu postaci znużenia duchowego głównie są dotknięte, nie możemy tych spraw ściśle od siebie odgraniczyć. W dziedzinie znużenia duchowego posiadamy nieco ścisłych wiadomości o znużeniu umysłowem, znużenie zaś psychiczne nastręcza jeszcze wiele wątpliwości.

Znużenie umysłowe jest zjawiskiem w miarę szerzenia się kultury coraz częstszem. Powstaje ono nietylko u uczącej się młodzieży i ludzi, z których zawodem łączy się praca umysłowa, jakoto uczonych, pisarzy, artystów, polityków, finansistów i t. d., lecz zdarza się u ludzi wszelkich zawodów i ze wszelkich warstw społecznych, jako skutek długotrwałego wytężania myśli w jednym tylko kierunku, którego celem jest dojście do pewnego celu, czy też ziszczenie pewnych aspiracyi.

---

[76]) Rzegociński B. Polskie Archiwum nauk biolog. i lek. 1903.
[77]) Charrin i Roger. Cyt. według Marfana.
[78]) Ficker M. Arch. f. Hyg. T. 57, 1906.
[79]) Rogoziński K. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Um. w Krakowie 1902.
[80]) Wrzosek A. Polskie Archiwum nauk biolog. i lek. 1903.
[81]) Charrin i Roger l. c.
[82]) Heilbronn. Münch. med. Woch. 1915.
[83]) Funk C. Die Vitamine. Wiesbaden 1914.
[84]) Subotitsch. Münch. med. Woch. 1914.
[85]) Weygandt W. Münch. med. Woch. 1914.

Świadomie podjęta praca umysłowa, związana ze skupieniem uwagi na jednym przedmiocie, jest przeciwna naturalnemu stanowi umysłu, jakim jest poliideizm. Praca taka wymaga szeregu zahamowań korowych, przeto pewnego dobrowolnego wysiłku, powstałe zaś stąd znużenie umysłu sprowadza się do dobrowolnego nadużycia uwagi. To też na tem tle znużenie umysłowe powstaje tylko u osobników, umysłowo czy psychicznie poniekąd już rozwiniętych. Małe dzieci, nie mające jeszcze dostatecznie wyrobionej woli, nie mogą się zmusić do przezwyciężenia naturalnego poliideizmu, a przeto znużenie umysłowe u takich dzieci przy nauce nigdy się nie zdarza. Dopiero u dzieci starszych, zwłaszcza uczęszczających już do szkół, gdy pod wpływem osobistej ambicyi i chęci współzawodnictwa wola się w pewnej mierze wykształci, może powstać znużenie umysłowe (znużenie szkolne).

Łatwość, z jaką powstaje znużenie umysłowe, oraz jego skutki, zależy bardzo od indywidualnych własności danego osobnika. Ponieważ w znużeniu umysłowem głównie jest dotknięty ośrodkowy układ nerwowy, znużenie takie stosunkowo łatwo powstaje i ciężkie sprowadza skutki u osób z osłabionym układem nerwowym, w szczególności u osób nerwowo dziedzicznie obciążonych.

W znużeniu umysłowem cierpi przedewszystkiem kora mózgowa. W nadających się do tego przypadkach stwierdzono, że mózg przy pracy jest przekrwiony, że jego objętość się zwiększa, a ciepłota nieco się podnosi. Stwierdzono dalej, że przy pracy umysłowej zwiększa się ilość moczu, który staje się przytem bardziej wodnisty; ilość chloru, wapna i magnu w takim moczu się zwiększa, ilość zaś związków azotowych, w szczególności mocznika, oraz ilość siarki zmniejsza się; zwiększa się ilość fosforanów ziem alkalicznych, natomiast ilość fosforanów alkaliów się zmniejsza (Thorion)[86]; we krwi żyły szyjnej znajdowano cholesterynę w nieco zwiększonej ilości. Ciałem, które przy pracy mózgu głównie się rozkłada, jest, jak się zdaje, lecytyna (Fürst)[87].

Znużenie czynnych przy pracy umysłowej korowych komórek nerwowych sprowadzają niewątpliwie tesame czynniki, które sprowadzają znużenie komórek psychomotorycznych, a zatem zatrucie wytworami własnej przemiany materyi, a być może także i wyczerpanie materyału czynnościowego rzeczonych komórek.

Że w znużeniu umysłu słabną różne jego władze, świadczą badania, w których stwierdzono, że zdolność oceny czasu się zmniejsza (Ejner)[88], że myśli wolniej i gorzej się kojarzą. Joteykówna[89]) znalazła, że w znużeniu umysłowem powstaje zupełna dysocyacya odczuwania dotykania, ciepła i bólu.

Przy wytężonej pracy umysłowej mięśnie są w pewnej mierze pobudzone; czas odczynów mięśniowych skraca się, siła mięśni się zwiększa. Skurcze serca są silniejsze niż zazwyczaj, ciśnienie w tętnicach podnosi się. Oddychanie staje się nieprawidłowem: bądź zwalnia się wybitnie, bądź staje się bardzo płytkiem, niekiedy zatrzymuje się chwilowo, poczem następują głębokie oddechy, westchnienia, czasem ziewanie. Naogół różne funkcye ustroju, wzmożone w początkowym okresie pracy umysłowej, z biegiem czasu w miarę powstającego znużenia, słabną. Wszystkie te zmiany, zależne od stanu i czynności ośrodków nerwowych, niewątpliwie wpływają na stan ogólny ustroju.

Zaburzenia w dziedzinie układu nerwowego, jakie pod wpływem znużenia umysłowego powstają, sprowadzają się u osób ze stosunkowo odpornym układem nerwowym do łatwego męczenia się wszelką pracą, bezsenności, bólu głowy po przebudzeniu się, zawrotu głowy, bólu brzucha po jedzeniu, zaparcia stolca, osłabienia wzroku; u takich osób powstaje przejściowa lekka neurastenia. U osób zaś z chorobliwie wrażliwym układem nerwowym znużenie umysłowe może sprowadzić trwałe osłabienie inteligencyi, ciężką neurastenię, różne nerwice, depresyę psychiczną, a nawet obłęd ze skłonnością do samobójstwa. Według Binswangera[90]) w neurastenii nabytej sprawy dysymilacyi w układzie nerwowym sąwzmożone, a jego pobudliwość jest zwiększona; w neurastenii zaś, powstałej na tle wrodzonem, sprawy asymilacyi w układzie nerwowym są słabsze, a jego pobudliwość jest zmniejszona. W chorobach gorączkowych, jakoto durze, zapaleniu płuc, przypady mózgowe są u osób umysłowo znużonych zazwyczaj ciężkie. Kiła mózgu u takich osób jest również zwykle ciężka. U osób umysłowo znużonych skóra łatwo się poci i brzęknie, łatwo powstają dyspepsye, zazwyczaj połączone z nadmierną kwaśnością soku żołądkowego (Bouveret)[91]), zaburzenia peryodu. Przebieg spraw zakaźnych jest u takich osób naogół cięższki; stwierdzono to głównie w przypadkach róży, oraz duru brzusznego u uczniów przepracowanych podczas przygotowywania się do egzaminów. Wright[92]) znalazł przy szczepieniu ochronnem przeciwdurowem wojskowych kandydatów medycyny, że odczyn gorączkowy jest u znużonych pracą do egzaminów silniejszy, a skutek szczepienia mniejszy, niż u innych, nie znużonych umysłowo osobników. Wytężona praca mózgowa, sprowadzająca znużenie umysłowe, może tedy być poważnym czynnikiem chorobnym.

Co się zaś tyczy t. zw. znużenia psychicznego, które ma powstawać na tle doznanych wrażeń, to w większości przypadków, zaliczanych do tego rzędu, zachodzi co najmniej wielka wątpliwość, czy tu istotnie jakiekolwiek znużenie, a względnie wyczerpanie w grę wchodzi.

Jednorazowe silne wrażenia, sprowadzają, jak wiadomo, różne ostre zaburzenia w ustroju, niekiedy nawet śmiertelne. Zaburzenia te powstają odruchowo, przez przeniesienie się stanu czynnego z ośrodków psychicznych na różne ośrodki ruchowe, czuciowe, naczynioruchowe i wydzielnicze, przyczem często różne czynności ustroju zostają zahamowane. W takich przypadkach działa zatem chorobotwórczo nie znużenie, ale przeciwnie, pobudzenie pewnych ośrodków. Jeżeli zaś po zadziałaniu jednorazowego silnego wrażenia powstają jakieś trwałe zmiany chorobne w dziedzinie ośrodków mózgowych, jakoto osłabienie inteligen-

[86]) Thorion. Thése de Nancy 1893. Cyt. według Marfana.

[87]) Fürst L. Therap. Monatsh. 1903.

[88]) Ejner M. Inaug. Diss. Dorpat 1899.

[89]) Joteyko J. Recherches algésimétriques. Cyt. wedł. Now. lek. 1904.

[90]) Binswanger. Cyt. wedł. Verworna.

[91]) Bouveret. Cyt. wedł. Marfana.

[92]) Wright. Cyt. według Nettera. Netter, Bull. de l'Inst. Past. 1906.

cyi, utrata pamięci, depresya psychiczna i t. p., to zmiany te sprowadzić należy raczej do trwałego uszkodzenia danych ośrodków, niż do ich znużenia.

Psychozy, powstałe po doznaniu jakiegoś silnego wrażenia, a według dość często spotykanego określenia, na tle »wyczerpania psychicznego«, są w czasie pokoju wogóle rzadkie, a przytem występują prawie wyłącznie u osobników, już skądinąd do psychoz usposobionych (Stierlin)[93]. Na wojnie takie psychozy zdarzają się częściej, ale i tutaj, według zgodnego zdania psychiatrów niemieckich, głównie u ludzi z konstytucyą psychopatyczną, u których, jak wiadomo, nietylko czynniki psychiczne, ale i różne czynniki somatyczne, jakich na wojnie nie brak, mogą wywołać wybuch psychozy. Otóż nie ulega żadnej wątpliwości, że wśród licznych czynników, jakie mogą się przyczynić do wyzwolenia, czy nawet wywołania psychozy, silne napięcie duchowe, trwające przez czas dłuższy, jak to się zdarza na wojnie, wielką odgrywa rolę. Czy jednak takie napięcie duchowe sprowadza psychozy, a względnie wyzwala je wskutek wtórnego znużenia lub wyczerpania ośrodków psychicznych, jest rzeczą bynajmniej jeszcze nie dowiedzioną.

Tak samo nie można twierdzić, by zaburzenia, powstałe w ustroju na tle często powtarzających się w ciągu dłuższego czasu, choćby stosunkowo słabo działających czynników psychicznych, jakoto obawy, zmartwienia, gniewu i t. p., wynikały naogół ze znużenia psychicznego. Zaburzenia te, w których niekiedy wytwarza się z czasem zmiana morfologiczna, jakoto rozszerzenie serca, miażdżyca tętnic, powstają albo jako pośredni, a względnie dalszy skutek częstego pobudzania narządów do nadmiernej czynności, przez co dany narząd cierpi, albo też jako skutek zaburzenia przemiany materyi, jak n. p. cukrzyca, otyłość, kamice, których etyologia, o ile jest poznana, często się łączy z nieprawidłową czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, oraz związanem z nimi unerwieniem. O wyczerpaniu psychicznem w przypadkach tego rzędu można myśleć jedynie wówczas, gdy na tle często powtarzającego się działania czynnika psychicznego powstaje stan depresyi psychicznej, utrzymujący się przez czas dłuższy.

Ze ścisłych badań fizyologicznych nad układem nerwowym i układem mięsnym wynika, że wszelka czynność każdego z tych układów wiąże się ze wzmożeniem toczących się w nim spraw dysymilacyjnych. W stanie znużenia przeto, powstałym wskutek nadmiernej czynności, gdy dysymilacya w danym układzie jest w stosunku do asymilacyi znacznie zwiększona, istotna regulacya zaburzeń, powstałych wskutek znużenia, musi się sprowadzać do przywrócenia prawidłowego stosunku dysymilacyi do asymilacyi, a zatem do odpowiedniego zmniejszenia dysymilacyi, a zwiększenia asymilacyi. Nadto, ze względu na toksyczność wytworów narządów pracujących, unieszkodliwienie tych wytworów przez ich utlenienie, a względnie wydalenie ich z ustroju, jest w regulacyi tych zaburzeń rzeczą nieodzowną.

To też samo podniesienie asymilacyi przez zwiększenie dowozu materyału czynnościowego, jakoto cukru w pracy fizycznej, a organicznych związków fosforu, zwłaszcza lecytyny, w pracy mózgu tylko w pewnej mierze przeciwdziała znużeniu. Gdy zaś wystąpią ze znużenia pochodzące zaburzenia, których tło jest toksyczne, tylko znaczne ograniczenie spraw dysymilacyi, przy której owe jady się wytwarzają, stwarza warunki pomyślne dla regulacyi tych zaburzeń, a mianowicie przez to, że nowych jadów wówczas już nie przybywa, a już wytworzone jady spalają się w ustroju lub zeń się wydalają.

Takie warunki zachodzą w spoczynku, zwłaszcza zaś we śnie, w którym wszelkie bodźce zmysłowe działać przestają, czynność znużonych części i związane z nią sprawy dysymilacyjne w bardzo znacznej mierze się zmniejszają, a natomiast asymilacya dowiezionego materyału czynnościowego w znużonych częściach niepomiernie wzrasta. To też naturalny regulator znużenia, jakiem jest uczucie tego znużenia, do spoczynku i snu znużony ustrój zniewala. W tych zaś przypadkach patologicznych, w których czy to uczucie znużenia zawodzi, czy też z powodu nadmiernego podniecenia ustroju spoczynek i sen w naturalny sposób nastąpić nie mogą, należy sprowadzić je sztucznie, albowiem tylko przez to powstałe w znużeniu zaburzenia, o ile nie przekroczyły pewnej miary, mogą się w zupełności wyrównać.

[93]) Stierlin. Deutsche med. Woch. 1911. Cyt. wedł. Weygandta.

W sprawie rozróżnienia ospy prawdziwej i ospy wietrznej

na podstawie kilkunastoletniego doświadczenia

podał

Dr Józef Friedberg

st. lekarz powiatowy (Brody).

Jak inne graniczne powiaty wschodniej części kraju tak i powiat brodzki był przed wojną tą placówką sanitarną i przedmurzem, o które odbijały się choroby zakaźne (cholera azyatycka, dur plamisty, wąglik, ospa), przenoszone z głębi Rosyi przez ruch podróżnych i stosunki pograniczne.

W czasie od r. 1900 do r. 1914 stwierdzono przypadków ospy prawdziwej:

R. 1900	w	Kaniowie	11.	R. 1906	w	Bielawcach	5.
» »	»	Kutyszczach	1.	» »	»	Dytkowcach	4.
» »	»	Brodach	1.	» »	»	Starobrodach	1.
» »	»	Litowiskach	2.	» »	»	Gajach starobrodzkich	1.
» »	»	Podkamieniu	11.	» »	»	Brodach	1.
» »	»	Założcach	5.	» »	»	Brodach	2.
» »	»	Blichu	27.	» 1907	»	Brodach	3.
» »	»	Brodach	13.	» »	»	Brodach	4.
» »	»	Dudyniu	2.	» 1912	»	Brodach	2.
» »	»	Milnie	8.	» »	»	Folwarkach mał.	1.
» »	»	Brodach	17.	» 1914[1])	»	Hałubicy około	85.
« 1905	»	Brodach	1.	» »	»	Pieniakach	37.
» 1906	»	Brodach	25.				
» »	»	Koniuszkowie	6.				
						Razem	276.

[1]) Z chwilą inwazyi rosyjskiej w sierpniu 1914 i zniknięcia granic kraju, a wskutek tego zaniedbania środków zapobiegawczych przeciw przenoszeniu się epidemii z Rosyi, tak inne choroby zakaźne, jak i ospa, przybrały charakter rozległych epidemii. Do Hołubicy została ospa zawleczona przez tren armii Brusiłowa i stała się punktem wyjścia epidemii, dotąd

W tym samym okresie sprawdzono urzędowo przypadków ospy wietrznej w mieście Brodach i gminach powiatu brodzkiego około 712. Przypuścić ich należy daleko więcej, ponieważ znaczna część lekkich postaci chorobowych usuwa się prawie zawsze z ewidencyi.

Wszystkie, wyżej sumarycznie zestawione przypadki ospy rodzimej, ciekawe częstokroć ze względu na proweniencyę, pod względem klinicznym i epidemiologicznym nie budzą wielkiego zajęcia. Pod względem rozpoznawczym nie przedstawiały one również większych trudności, jakkolwiek przebieg ich, postać chorobowa i nasilenie były różne, — począwszy od najlżejszych postaci ospy poronnej (variola abortiva) aż do najcięższej postaci ospy czarnej.

Dwa przypadki ospy złagodzonej (variolois i v. abortiva), spostrzegane w roku 1912 w Brodach, i w ścisłej etyologicznej łączności z nimi będący przypadek w Folwarkach wielkich były przedmiotem kontrawersyi rozpoznawczej między lekarzami i dlatego pozwalam sobie przebieg ich i szczegóły etyologiczne podać do publicznej wiadomości.

Dnia 11. marca 1912. wpłynęło urzędowe doniesienie Magistratu brodzkiego o pojawieniu się ospy w mieście. Udawszy się niezwłocznie na miejsce, stwierdziłem, co następuje:

M. C., 26. lat liczący kupiec, handlujący zbożem rosyjskiem. W dzieciństwie przebywał choroby, wiekowi dziecięcemu właściwe, z zakaźnych odrę. Był raz szczepiony na lewem ramieniu z dodatnim skutkiem, o czem świadczą blizny poszczepienne. Przed kilkoma miesiącami ożenił się. W drugiej połowie lutego b. r. jeździł do Rosyi, mianowicie do miejscowości Czudno, Sławuta, Szepetówka. W okolicy Szepetówki miał się zetknąć, a nawet jeździć z jakimś mężczyzną, który przebył chorobę wysypkową, prawdopodobnie ospę, której ślady świeże były widoczne. Dnia 4. marca, po powrocie do domu, dostał M. C. dreszczu, poczem pojawiła się gorączka, ból krzyżów i zaczerwienienie skóry, które nawet wzbudziło przypuszczenie płonicy (rash). Zaczerwienienie to znikło, a następnie po 4 dniach, a więc 9. b. m., pojawiła się wysypka na głowie i twarzy w postaci ograniczonych pryszczów i rozszerzyła się następnie na tułów i kończyny. Z chwilą tą gorączka, która dotychczas miała być wysoka, ustąpiła.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu miernego, dość wątły, nie gorączkuje. Skóra twarzy, tułowia i kończyn pokryta ograniczonymi, wyraźnie guzkowatymi wykwitami wielkości soczewicy do małego grochu bez zaklęśnięcia (Delle), dość gęsto rozsianymi, miejscami już okrytymi strupkami, przedstawiającymi wszędzie tęsamą postać morfologiczną, w tym samym okresie rozwoju. Błona śluzowa jamy ustnej bez zmian, narządy wewnętrzne również, lekki obrzęk śledziony, na lewem ramieniu blizny poszczepienne.

Na podstawie tego rozpoznałem ospę rodzimą w postaci złagodzonej (variolois), a utwierdziło mnie w tem rozpoznaniu jeszcze bardziej podanie Dr. A., który przypadek ten śledził od początku i zawiadomił mnie, że przez kilka dni silnej, do 40° C dochodzącej gorączki nie było żadnej wysypki, — wreszcie zgodne rozpoznanie Dr. B., wezwanego przez Dr. A. do narady.

W obec tego zarządziłem jak najdalej idące środki sanitarno-policyjne i poruczyłem lekarzowi miejskiemu tej dzielnicy przeprowadzenie szczepienia z konieczności, któremu prócz części mieszkańców tego domu poddała się 10/3. również żona chorego, 23-letnia S. C. — Dalszy przebieg kliniczny tego przypadku był zupełnie prawidłowy, wykwity niektóre uległy zropieniu, inne przeobrażeniu wstecznemu bez ropienia, a gorączka już się nie powtórzyła.

W kilka dni po stwierdzeniu tego przypadku oświadczył mi przy sposobności widzenia się ze mną Dr. C., który przypadek ten badał jako lekarz kasy chorych, że uważa chorobę za ospę wietrzną, a gdy delegowany z ramienia c. k. Namiestnictwa Dr. D. również potwierdził moje rozpoznanie, aprobując wszystkie zarządzenia sanitarne, Dr. C. wezwał do narady innych lekarzy, którzy znowu byli tego zdania, co Dr. C., tak że wszyscy niemal lekarze brodzcy podzielili się na dwa obozy; jedni rozpoznawali ospę prawdziwą, drudzy ospę wietrzną, a rozpoznanie swe opierali na lekkim przebiegu, braku zagłębienia (Delle) w wykwitach, na pozornej różnokształtności tych wykwitów, które gdzieniegdzie wskutek drapania przedstawiały inne wejrzenie, wreszcie na braku ropienia guzków.

Dnia 20/3. zachorowała żona M. S. śród zupełnie podobnych, jeszcze lżejszych objawów i zupełnie poronnego przebiegu, a badanie, przedsięwzięte wspólnie z Dr. A. d. 22/3., wykazało kilka typowych guzków na twarzy, szyi i kończynach, które wykwitły po 2 dni trwającym okresie gorączkowym. Z dwu blizn świeżego powtórnego szczepienia (rewakcynacyi) jedna przedstawiała wybitny odczyn w postaci zaczerwienienia i guzkowatego obrzmienia, nie osiągnąwszy rozwoju zupełnego typowej krosty poszczepiennej[1]).

Przypadek ten rozpoznaliśmy jako poronną postać ospy rodzimej (v. abortiva). Chora już 25. b. m. zupełnie wyzdrowiała.

W dniu 27/3. przeprowadzono dokładne końcowe odkażenie, poddano ozdrowieńców dwukrotnej kąpieli i więcej ani w tej rodzinie (małżeństwo było bezdzietne), ani w tej kamienicy, w której mieszka kilka rodzin z dziećmi, nie pojawiła się żadna choroba, przebiegiem do ospy zbliżona, a więc ani ospa prawdziwa, ani wietrzna.

Wezwani znowu przez lekarza kasy chorych, Dr. D., lekarze Dr. D., Dr. E., Dr. F., rozpoznali w przypadku tym na podstawie lekkiego przebiegu ospę wietrzną (varicella) i wobec tego »a posteriori« ustalili swe pierwotne rozpoznanie co do pierwszego przypadku, twierdząc, że skoro ten przypadek jest typową postacią ospy wietrznej, to i pierwszy musiał nią być, — kiedy nasze rozpoznanie właśnie tu znalazło potwierdzenie w odwrotnem znaczeniu. Ta różnica zapatrywań znalazła nawet oddźwięk na szpaltach fachowych i niefachowych dzienników i odbiła się również w usposobieniu mieszkańców zapowietrzonego domu, zamieszkałego prawie wyłącznie przez kupców, stale utrzymujących stosunki z Rosyą, z których 9 nie chciało się poddać szczepieniu z konieczności.

Dnia 23/3. zgłosiła żandarmerya podejrzany przypadek w Klekotówce, tuż przy granicy rosyjskiej, w odległej od Brodów o 8 km. dawnej karczmie. Przypadek ten dotyczył 16-letniej, szczepionej i rewakcynowanej F. C., kuzynki M., których ona kilkakrotnie w Brodach przed ustaleniem rozpoznania odwiedzała. Zachorowała ona 17/3., a więc równocześnie z S., wśród zupełnie podobnych, nieco cięższych, aniżeli u S., objawów, a badanie wykazało wybitne ślady szczepionej ospy i skąpą wysypkę guzkową na twarzy i kończynach górnych w postaci zupełnie analogicznej do opisanych wyżej przypadków, która to wysypka pojawiła się po dwudniowym okresie utajenia gorączki 38·2° C. — Na podstawie tych objawów, w uwzględnieniu ścisłej łączności etyologicznej tego przypadku z brodzkimi, rozpoznałem ospę złagodzoną (variolois) i zarządziłem znowu jak najdalej idące środki ochronne. Tego samego dnia, 23/3., poddałem szczepieniu z konieczności, rodzinę chorej, t. j. matkę, ciotkę, sługę, wartownika, tudzież 4-miesięczne nieszczepione dotąd dziecię. Dwoje dzieci, w wieku 3—7 lat, miały wybitne blizny poszczepienne, i tych nie szczepiłem. — Również mieszkańcy obok położonych koszar żandarmeryi, straży skarbowej i ich rodziny poddali się szczepieniu z konieczności. Do szczepienia użyłem krowianki z rządowego zakładu z daty 20/3 t. r.; szczepienie przyjęło się u wszystkich osób w liczbie 21, między temi i u zaszczepionego 4-miesięcznego dziecka. — Dalszy przebieg tego przypadku znowu był analogiczny, jak wyżej opisanych i gorączka nie powtórzyła się. Dnia 26/4 t. r. przeprowadziła brodzka służba sanitarna odkażenie końcowe.

Przypadek ten pozostał również zupełnie odosobnionym. Ani z dzieci, ani z dorosłych, dawniej, względnie świeżo szczepionych, nikt dotąd nie zachorował wśród jakichkolwiek objawów wysypki skórnej, pomimo ścisłej bezpośredniej styczności tak dzieci, jak dorosłych z chorą przez cały czas choroby.

Do najcięższych, najdrażliwszych i pełnych odpowiedzialności zadań lekarza urzędowego pierwszej instancyi należy rozpoznanie pierwszych przypadków chorób zakaźnych ostrych, od ścisłości bowiem rozpoznania zależy całe dalsze postępowanie w kierunku zarządzeń sanitarno-policyjnych. Ponieważ najczęście zarządzenia te, o ile mają być celowe, muszą być doraźne, nie cierpiące zwłoki, przeto lekarz urzędowy występuje tu nietylko w roli znawcy, ale

---

jeszcze nie wygasłej. Władze rosyjskie odmówiły poparcia akcyi, zmierzającej do stłumienia epidemii w zarodku.

[1]) Według Jochmana szczepienie.

i władza wykonawcza, względnie decyzya co do dalszego postępowania należy do niego, a to w myśl ustawy z d. 30/4. 1870. dz. p. 68. § 8. b., wedle którego lekarz urzędowy jest obowiązany w razie niebezpieczeństwa, nie cierpiącego zwłoki, wkraczać bezpośrednio pod własną odpowiedzialnością.

Jak z jednej strony mylne rozpoznanie choroby zakaźnej tam, gdzie jej niema, pociąga za sobą szereg środków sanitarno-policyjnych, dla chorego, jego najbliższego otoczenia, a nawet szerszych warstw ludności dotkliwych, a zupełnie niepotrzebnych, — tak z drugiej strony przeoczenie choroby zakaźnej, względnie mieszanie lekkich postaci groźniejszych chorób zakaźnych, mających doniosłe znaczenie sanitarno-policyjne, z chorobami podobnemi, ale takiego znaczenia nie posiadającemi, ma skutki jeszcze fatalniejsze. Zaniedbanie bowiem pierwszych doraźnych środków ochronnych z chwilą pojawienia się pierwszego przypadku paraliżuje, albo przynajmniej wielce utrudnia całą akcyę dalszego tłumienia w razie epidemicznego rozszerzenia się choroby, narażając szersze warstwy ludności. W przypadkach wątpliwych, pozostawiając rozpoznanie w zawieszeniu, kierujemy się zasadą, że lepiej być przygotowanym na najgorsze, t. j. zarządzić wszystko, jak w razie pewnego rozpoznania. Zasada ta jest słuszną, godzi się z naszem sumieniem urzędowego lekarza, zyskuje nawet aprobatę u inteligentnej publiczności, nie mówiąc już o kolegach praktykach, którzy w takim przypadku z pewnością będą się starać wpływem swoim ułatwić nam czynność urzędową i wytłómaczyć osobom odosobnionym konieczność tego »malum necessarium«. Mimo to taki fałszywy, aczkolwiek ze stanowiska nauki zupełnie uzasadniony alarm, nie daje nam tego zadowolenia wewnętrznego, jakie powinno dać ścisłe spełnienie obowiązku, a co więcej, gdy się okaże alarmem fałszywym, budzi niechęć bezpośrednio interesowanych, a nawet może chwilowo podkopać naszą opinię lekarską. Najdrastyczniejszym przykładem byłby przypadek w tym kierunku, wzbudzający podejrzenie co do cholery azyatyckiej. Każdy z nas, kto już spotkał się z tym groźnym nieprzyjacielem i badał wiele podejrzanych przypadków, przypomni sobie emocye, jakie przechodził przy krytycznem ocenieniu takiego przypadku, a najdoświadczeńszy i osiwiały w służbie lekarz urzędowy, jakkolwiek wyrobił sobie zapewne pewien »sit venia verbo« policyjny spryt i da sobie radę, to jednak częstokroć musi rozpoznanie uczynić zależnem od wyniku badania bakteryologicznego, gdyż tylko wynik takiego badania jest naukowo rozstrzygający. Kto zaś uprzytomni sobie, jak daleko sięgają dziś środki ochronne, które muszą być natychmiast wykonane, a które z powodu jednego przypadku rozciągają się na dziesiątki zupełnie zdrowych osób, ich ruchomości i nieruchomości, krępują ich stosunki osobiste, a nawet wolność, ten zrozumie, jakiego niemiłego uczucia, wprost niesmaku doznaje się, skoro badanie wykaże, że przypadek nie był cholerą azyatycką, żeśmy zatem spełnili wprawdzie nasz obowiązek, ale niepotrzebnie zużyli wiele energii i trudu i spowodowali niepotrzebne wydatki i ograniczenia. — Tosamo odnosi się do innych chorób zakaźnych i dlatego ścisła dyagnostyka chorób zakaźnych, oparta na wszelkich nowszych sposobach badania, powinna być obowiązkową, specyalną wiadomością wszystkich lekarzy urzędowych.

Dzięki szczepieniu ochronnemu i rewakcynacyi dzieci dziesięcioletnich przy zastosowaniu przymusu pośredniego stała się dziś ospa chorobą rzadką, tak rzadką u nas w kraju i w Austryi w ogóle, że tylko sporadyczne przypadki świadczą o tem, iż choroba ta nie wygasła i przypominają, że w razie zaniedbania doraźnych, jaknajdalej idących środków ochronnych mogą być punktem wyjścia rozległej i trudno dającej się opanować epidemii. Dziś całe pokolenie młodszych, a nawet i trochę starszych lekarzy zna ospę tylko z podręczników, może z atlasów i modelów, w praktyce się z nią wcale nie spotkało. Potrafimy na podstawie opisu obrazu klinicznego rozpoznać typowe przypadki ospy, wiemy, jaki jest stosunek ospy prawdziwej do ospy wietrznej, stosunek obu tych chorób do szczepienia, ale wobec pierwszego przypadku ospy poronnej, względnie jej postaci złagodzonej, nasuwają się częstokroć wątpliwości w rozpoznaniu. A przypadki takie, gdzie ospa prawdziwa nie występuje w całym swym typowym obrazie, ale ogranicza się tylko do kilku guziczków, właściwie dziś nie należą do rzadkości, ba nawet z powodu dobroczynnego wpływu szczepienia są bardzo częste. Dawniej lekki przebieg kliniczny zacierał w praktyce prywatnej różnicę między ospą poronną (v. abortiva), a ospą wietrzną (varicella), a to tembardziej, że środki sanitarno-policyjne w takich przypadkach nie były tak ściśle przestrzegane, jak my je dziś stosujemy. Dziś właśnie te lekkie przypadki, pod względem klinicznym bez znaczenia, pod względem sanitarno-policyjnym są bardzo ważne i doniosłe i wystawiają na próbę całą energię rozpoznawczą lekarza urzędowego. One to właśnie bowiem, będąc niejako ambulatoryjnymi, usuwają się z ewidencyi i częstokroć zaciemniają źródło i poszczególne etapy epidemii. Z ust byłego sekundaryusza szpitali wiedeńskich słyszałem, że przypadek ospy w Wiedniu przed kilku laty był dla lekarzy wiedeńskich, którzy ospy nie widzieli, takim trudnym problematem dyagnostycznym, dopóki dalszy przebieg nie ustalił rozpoznania. Dziś wprawdzie raźnym krokiem zbliżamy się do idealnie naukowego rozpoznania ospy prawdziwej, t. j. jesteśmy na drodze poznania zarazka chorobotwórczego ospy, a szczepienie treści krosty ospowej na rogówce królika ma być pewnym środkiem rozpoznawczym, mimo to zawsze jeszcze szczegóły powstania, rozwoju i przebiegu choroby odgrywają ważną rolę w rozpoznaniu, choćby dla kontroli wyżej wymienionego środka rozpoznawczego i odwrotnie. Dlatego sądzę, że nie będzie od rzeczy roztrząsnąć wszystkie, dotychczas przez autorów podawane szczegóły rozpoznawcze w porównaniu z własnem kilkunastoletniem doświadczeniem, z uwzględnieniem głównie rozróżnienia ospy prawdziwej od ospy wietrznej.

Przystępując do rozbioru objawów, odróżniających ospę prawdziwą w jej postaci złagodzonej (v. abortiva, variolois) od ospy wietrznej (varicella), należy mieć na względzie: 1) że rozpoznanie powinno opierać się na wszystkich dających się sprawdzić i wyzyskać objawach i całym przebiegu, nie na jednym tylko objawie; 2) że ospa nie jest wyłącznie chorobą skórną, podobnie jak błonica nie jest chorobą gardła, ale chorobą ogólną zakaźną ze szczególniejszą lokalizacyą na skórze; 3) że ani ciężki przebieg nie jest w przypadkach wątpliwych znamiennym dla ospy rodzimej, ani lekki przebieg dla ospy wietrznej.

Mając to zastrzeżenie na oku, uwzględniamy w celu odróżnienia ospy rodzimej od ospy wietrznej następujące metody badania, względnie objawy chorobowe i szczegóły przebiegu:

I. Źródło zakażenia. Zbadanie źródła i sposobu zawleczenia wątpliwego przypadku następuje wprawdzie dopiero po ustaleniu rozpoznania, a to celem zarządzenia środków zapobiegawczych przeciw możliwości dalszego zakażenia z tego źródła, jest ono jednak niemniej pośrednio pomocniczym środkiem w rozpoznaniu. Jeżeli cokolwiek za tem przemawia, że wątpliwy przypadek w sposób bezpośredni lub pośredni stoi ze względu na pochodzenie w związku przyczynowym z notorycznym przypadkiem choroby zakaźnej, to jest to okolicznością, z którą również w rozpoznaniu liczyć się należy. Jeżeli n. p. dochodzenie wykaże, że podejrzany przypadek bezpośrednio lub pośrednio zawleczony został z Rosyi, albo z innego kraju, gdzie szczepienie nie jest obowiązkiem, i to z okolicy, w której ospa notorycznie panuje, to okoliczność ta praktycznie może być zużytkowana na korzyść rozpoznania. Przy takich wywiadach musimy zawsze, szczególnie u ludności mniej oświeconej, liczyć się z celowem tajeniem cennych dla nas częstokroć szczegółów, a to bądź celem uniknięcia ewentualnie surowych środków sanitarnych, bądź z obawy przed karą za przemytnictwo (bardzo często). Dlatego przy dochodze-

niu takiem pytania powinny być zawsze pośrednio, a nie wprost skierowane, a takt przy pewnej rutynie ułatwi nam zebranie potrzebnych szczegółów.

W r. 1908 zachorowała w Brodach F. L., żona kursora weteranów, zamieszkała wraz z mężem w lokalu, w którym złożone były rekwizyta weteranów. Przy dochodzeniu zauważono płaszcz żołnierza rosyjskiego, kupiony według podania niedawno w Radziwiłłowie. Płaszcz ten miał być przerobiony na zarzutkę. Ponieważ podówczas w Radziwiłłowie panowała notorycznie ospa, a jak wiadomo, w Rosyi przypadki chorób zakaźnych nie są traktowane pod względem sanitarnym z należytą surowością, przeto płaszcz ten zwrócił uwagę na możliwość ospy, a późniejszy przebieg tego, zrazu niejasnego przypadku odpowiadał obrazowi złagodzonej ospy.

Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że pochodzenie przypadku tylko pod pewnymi warunkami może rzucić światło na rodzaj choroby, gdyż równie dobrze mogła być zawleczona z Rosyi i ospa wietrzna, jakkolwiek choroba ta, nie traktowana tak surowo pod względem sanitarnym. rozszerzona jest bez względu na granice kraju.

II. Wywiady. Wywiady w ścisłem tego słowa znaczeniu powinny być dokładne i obejmować nietylko całą historyę obecnej choroby, ale i całe życie dotychczasowe, a przedewszystkiem przebyte choroby zakaźne, a więc przebytą ospę prawdziwą lub wietrzną; powinny wyświetlić, czy chory był szczepiony, kiedy i ile razy, z jakim skutkiem, i powinny być porównane z wynikiem badania. W ogólności i tu należy wszystkie szczegóły przyjmować z zastrzeżeniem, poddać surowej krytyce lekarskiej i dopiero wtedy uważać je za podstawę do wniosków.

III. Wiek. Prawie wszyscy autorowie podręczników klinicznych zgadzają się, że ospa wietrzna jest chorobą »par excellence« wiekowi dziecięcemu właściwą, a obejmującą okres pierwszego dziesięciolecia, gdy natomiast skłonność do zasłabnięcia na ospę rodzimą od wieku zupełnie nie zależy. Częstsze względnie przypadki ospy prawdziwej u dorosłych tłómaczą autorowie zbawiennym wpływem szczepienia, któremu w Niemczech i Austryi pod wpływem bądź bezpośredniego, bądź pośredniego przymusu poddaje się dzieci w pierwszem dziesięcioleciu (Lange, Bruckner, Gluziński) Statystyka Badera wykazuje 573 przypadków ospy wietrznej poniżej 10 lat, 9 w wieku 10—20 lat, 2 w wieku 20—40 lat. Biedert wspomina o jednym przypadku w 18. roku życia, gdzie wszystkie objawy zrazu były niejasne i dopiero skoro po zaszczepieniu dwóch osób z otoczenia ze skutkiem nie pojawiła się ospa złagodzona, wniósł, że to była ospa wietrzna, jakkolwiek to właśnie powinno było przemawiać za ospą rodzimą (Strümpel, Comby). Statystyka Kantonu Bazylejskiego podaje w latach 1875 do 1906 na 6014 przypadków 24 ponad 20 lat, a przeważającą większość w wieku do 10 lat. W powiecie brodzkim stwierdzono od roku 1903 712 przypadków ospy wietrznej, a w wykazach znajduje się tylko jeden przypadek wyżej 10 lat w gminie Chmielno, który dotyczył 13-letniej dziewczynki. Tobeitz (Differentialdiagnose der akuten Exantheme) uważa wiek powyżej 15 lat za wykluczający prawie ospę wietrzną. »Besondere Schwierigkeiten werden sich dann entgegenstellen, wenn bei einem Falle nur sehr spärliche, schlecht gebildete oder schon zerstreute Haut-Effloreszenzen nachgewiesen werden können, deren Entwickelung und eventuelle Begleiterscheinungen nicht beobachtet werden konnten, auch wenn nähere aetiologische Momente unbekannt sind. Ein solcher Fall könnte, wenn er einen Erwachsenen betrifft, schon aus diesem Grunde mit ziemlicher Sicherheit als Variolois gelten etc.«. Licząc się jednak z okolicznością, że od tej reguły, ustalonej doświadczeniem lekarskiem, mogą być wyjątki[1]), sądzę, że prawie na pewno możemy na podstawie wieku późniejszego (po 14 r. życia) wykluczyć ospę wietrzną, jeżeli śród dalszego przebiegu epidemii zapadną na wątpliwą chorobę wyłącznie osoby starsze (w naszych przypadkach 17—30 lat), a dzieci szczepione, będące przez cały ciąg choroby w bezpośredniej styczności z chorymi, pozostaną zdrowe. Podnieść to należy tembardziej, że wiek dziecięcy jest wiekiem uprzywilejowanym w ogóle dla ospy wietrznej, a według Tobeitza z chorób zakaźnych tylko na odrę dzieci częściej zapadają. Jeżeli zatem według wszystkich prawie klinicystów ospa wietrzna u starszych jest białym krukiem, to zapadanie na podejrzaną wysypkę skórną o charakterze ospowym większej liczby osób starszych, a odporność dzieci szczepionych i narażonych na zakażenie jest szczegółem, przynajmniej znacznie kwestyonującym ospę wietrzną.

IV. Typ anatomiczny osutki. Prawie wszyscy autorowie z mniejszym lub większym naciskiem podnoszą jako zasadniczą różnicę między ospą rodzimą, a ospą wietrzną, zupełnie odmienną postać wykwitów. W przebiegu ospy rodzimej zasadniczym typem jest guziczek, czyli ograniczona, do wielkości grochu dochodząca wypukłość skóry (naciek), na której dopiero później rozwija się pęcherzyk o charakterystycznem zaklęśnięciu. Zasadniczą natomiast postacią osutki ospy wietrznej (varicella) jest czerwona nie naciekła plamka, często owalna, na której bez okresu guziczkowego rozwija się pęcherzyk wielokomorowy o delikatnych, łatwo pękających ściankach, treści zrazu wodojasnej. Wyjątkowo mogą i pęcherzyki ospy wietrznej być w środku zagłębione (Tobeitz). Nie wszystkie plamki przekształcają się w pęcherzyki, a to z powodu drapania lub ugniecenia, a tylko część ich w miejscach, zabezpieczonych od ucisku i urazu, rozwija się w charakterystyczny sposób. Niektóre z nich przez wtargnięcie zarazków ropotwórczych zamieniają się w ropne krosty, szczególnie u osobników, dotkniętych jakąś skazą[1]).

Ponieważ, jak to później jeszcze omówimy, wykwity skórne ospy wietrznej nie rozwijają się równocześnie, ale jedne wcześniej, drugie później, przeto jedne znajdują się w okresie rozwoju, gdy drugie już ulegają lub uległy przeobrażeniu wstecznemu. Toteż charakterystycznym obrazem osutki ospy wietrznej będą: równocześnie obok siebie istniejące poronne lub rozwinięte pęcherzyki, brunatnawe lub czerniejące strupki, ewentualnie krostki i wrzodziki. Kto spostrzegał wiele przypadków ospy wietrznej, temu z pewnością utkwił w pamięci ten charakterystyczny obraz osutki skórnej, zbliżonej czasami do obrazu świerzbu, przy którym drapanie jako mechaniczny czynnik również odgrywa rolę.

Zupełnie odmienna jest morfologia ospy rodzimej w jej postaci poronnej (v. abortiva) i złagodzonej (variolois). Tu znajdujemy zawsze guziczki, choćby tylko kilka na twarzy i kończynach, i choćby nawet nie uległy zropieniu. Guziczki te możemy stwierdzić zapomocą gołego oka i zapomocą lupy, a nawet zapomocą dotyku. Na wystawie higienicznej w Dreznie w r. 1911 na modelach po mistrzowsku przedstawiono tę różnicę morfologii obu chorób. Ale i tu świąd i drapanie może pociągnąć za sobą zmianę postaci guzka, a guzek rozdrapany, zwłaszcza, jeżeli jest niewielki, może sprawiać wrażenie plamki świeżo wykwitłej. Kilka takich rozdrapanych, zwłaszcza na delikatnych miejscach skóry znajdujących się guzków obok innych, będących w okresie

---

[1]) Z nowszych autorów Jochmann twierdzi, że ospa wietrzna występuje daleko częściej u dorosłych, aniżeli to w ogólności przyjmujemy. Tenże autor twierdzi wogóle, że i inne choroby wysypkowe, jak odra, płonica, są tylko dlatego wiekowi dziecięcemu właściwe, że osoby dorosłe już je przebyły i dlatego nabrały odporności. Lenz opisuje 4 przypadki ospy wietrznej, które wystąpiły w jednej rodzinie, matki nie wyłączając, podaje jednak, że przebieg zbliżony był do ospy, którą wykluczył na podstawie dodatniego wyniku szczepienia u dziecka w sześć miesięcy po przebyciu tamtej choroby (Med. Wochenschrift str. 1138 z r. 1913). St. (Korrespondenzblatt für Schw. Aerzte 1913. T. 43 str. 1913) opisuje 3 przypadki ospy wietrznej u dorosłych, opierając się w rozpoznaniu na leukopenii i kilkakrotnem skutecznem szczepieniu.

[1]) Jochmann twierdzi na podstawie badań bakteryologicznych, że ani krosta ospowa, ani krosta krowiankowa nie zawiera przez pewien okres czasu bakteryi ropnych.

rozwoju, może dać podstawę do twierdzenia, że wykwity skórne nie powstawały równocześnie, ale etapami, i być powodem rozpoznania ospy wietrznej, o czem mnie własne przypadki pouczyły. Taki rozdrapany guziczek może być zatem furtką dla tego, kto za wszelką cenę chce utrzymać się przy rozpoznaniu ospy wietrznej. Że przypadki ospy złagodzonej o bardzo niewielu, kilku zaledwie wykwitach nie należą do rzadkości (Tobeitz), jest rzeczą pewną. Również nie są wyjątkami takie przypadki ospy poronnej (v. abortiva), gdzie guzki zupełnie nie ulegają zropieniu (Cemach) i nie mają charakterystycznego zaklęśnięcia (Delle), zwłaszcza u osób niedawno, albo nawet wogóle raz w życiu szczepionych, nie biorąc już w rachubę łagodnego charakteru epidemii (genius epidemicus). Kto spostrzegał większe epidemie ospy, niezawodnie musiał widzieć obok typowych przypadków rozwiniętej ospy rodzimej takie poronne przypadki, i to w obrębie jednej rodziny.

V. Przebieg. Samo się przez się rozumie, że ustrój w przypadkach takich skąpych, a lekkich zmian skórnych również nie oddziaływa tak, jak przy silnem zakażeniu, którego wyrazem znowu są ciężkie objawy skórne, czyli że poronne przypadki ospy rodzimej odznaczają się również lekkim przebiegiem. W obec tego nie możemy lekkiego przebiegu choroby uważać za szczegół, przemawiający za ospą wietrzną w przeciwstawieniu do ospy rodzimej. Mairinger podaje, że w czasie epidemii wiedeńskiej w r. 1907 wskutek szczepienia z konieczności już w pierwszym okresie wylęgania lekki przebieg choroby był regułą. Mianowicie nie było rumienia zwiastunowego, nie było gorączki w okresie ropienia, ilość wykwitów była mniejsza, blizny mniejsze, a ponieważ ogólne objawy nie sprawiały dolegliwości, przeto przypadki te, jako ambulatoryjne, były powodem przenoszenia się choroby na dalszą odległość (Pribram). A jednak według wszystkich wyżej wymienionych autorów przebieg ospy złagodzonej (variolois) i poronnej (v. abortiva) jest wręcz odmienny od przebiegu ospy wietrznej. Przy ospie prawdziwej regułą jest krócej lub dłużej trwająca gorączka przed wykwitaniem osutki (stadium initiale), gdy przy ospie wietrznej gorączka pojawia się dopiero z chwilą wytwarzania się etapowego wykwitów skórnych i może towarzyszyć wykwitaniu każdej świeżo wykwitłej grupy. Biegański (Dyagnostyka różniczkowa) kładzie objaw ten na czele, jako wręcz wyłączający ospę wietrzną. Prawda, że w okresie tym w poronnych postaciach ospy często brak innych objawów, na podstawie których możemy spodziewać się ospy, jak zmian w jamie ustnej i gardle, brak rumienia przedospowego, ale zawsze dokładne spostrzeganie, względnie wywiady wykażą ten okres utajenia. Okres ten w pierwszych przypadkach uważany bywa często za inną chorobę, grypę, płonicę i t. p., a dopiero po tym, czasem kilka dni trwającym okresie pojawiają się wykwity skórne. Z tą chwilą gorączka ustępuje, a pojawia się ewentualnie znowu dopiero jako wyraz odczynu w okresie ropienia[1]). Naturalnie tego nawrotu gorączki nie ma w przypadkach poronnych i złagodzonych, bo, jak wyżej nadmieniono, nie wszystkie guziczki ulegają ropieniu, czasem ani jeden (Cemach), nie ma więc i odczynu.

VI. Czas i kolejność występowania wykwitów uważa większość autorów również za podstawę do rozróżnienia ospy rodzimej od ospy wietrznej. Gdy w przebiegu ospy prawie wszystkie guziczki powstają równocześnie, a zatem odpowiadają wszystkie pewnemu okresowi rozwoju, to plamki ospy wietrznej, przeobrażające się w pęcherzyki, rozwijają się nie równocześnie, ale etapami, jedne prędzej, drugie później. Przedstawiają się zatem w chwili badania w różnych okresach rozwoju: raz jako plamki, to znowu jako poronne lub rozwinięte pęcherzyki, brunatnawe strupki, krostki, wrzodziki, a wszystko to obok siebie. Nadto przy takich etapowo coraz świeższych wykwitach skórnych oddziaływa ustrój gorączką, która może zatem kilkakrotnie pojawiać się i znikać. Wreszcie rozwój i całe trwanie wykwitów jest znacznie krótsze; z plamki, bez przejściowego okresu guziczka, rozwija się pęcherzyk o cieńszych ściankach, mniej napięty i nie połyskujący (wskutek delikatniejszej anatomicznej budowy tych wykwitów). Przeobrażenie wsteczne jest również krótsze, tak, że cała sprawa wykwitania i zasychania trwa tylko kilka godzin. Tak więc krótkie trwanie, krótki rozwój poszczególnych wykwitów i ich wielopostaciowość jest znamieniem ospy wietrznej. Comby z właściwą francuskim autorom plastyką opisuje przebieg ospy wietrznej: »Osutka rozpoczyna się plamkami czerwonemi. Te plamki bardzo prędko przeistaczają się w pęcherzyki lub pęcherze koliste albo owalne, usadowione w zupełnie powierzchownej warstwie naskórka. Pęcherze zawierają płyn przezroczysty i jasny, są rozsiane na owłosionej części głowy, tułowiu i kończynach. Naprzód znajdujemy ich 15 do 20, nazajutrz 40 do 50, następnego dnia występują nowe, a stare mętnieją i przysychają i w ten sposób można naliczyć 3 do 8 okresów wysypki. Pęcherzyki tracą wkrótce przezroczystość. Już na drugi dzień przeistaczają się w pryszcze, niektóre nawet pępkowato wciągnięte; niekiedy w pęcherzykach znajdujemy treść krwawą. Po 3—4 dniach pęcherze zmniejszają się, przysychają i pokrywają się cienkim strupem, czasem wskutek wypływu krwi zabarwionym na czarno. Wskutek drapania mogą powstać blizny. Omyłek uniknąć łatwo, gdyż najłagodniejsza nawet ospa rodzima nie daje przezroczystych pęcherzy«.

VII. Wpływ szczepienia krowianką. Jak wiadomo, jednym z głównych argumentów, które obaliły unitaryzm, czyli uważanie ospy rodzimej i wietrznej za tęsamą chorobę, był niezbity pewnik doświadczalny, że szczepienie krowianką nie wywiera żadnego wpływu na ospę wietrzną, t. j. nie wytwarza ani bezwzględnej ani względnej odporności wobec tej choroby, natomiast na ospę prawdziwą wywiera wybitny wpływ, wytwarzając odporność czynną. Wpływ ten polega na wprowadzeniu do ustroju niezwykłą drogą, t. j. przez skórę, zarazków krowianki, które według obecnych pojęć są identyczne z zarazkami ospy rodzimej (ciałka Guarnierego?) i wytworzeniu odporności, równorzędnej odporności czynnej nabytej przez przebycie ospy prawdziwej o lekkim przebiegu. Wpływ ten jest niezaprzeczony i to tak przy szczepieniu ochronnem, jak i przy szczepieniu z konieczności. Ciekawe szczegóły przytacza Mairinger z epidemii wiedeńskiej w r. 1907. Stwierdził on, że z 39 ciężko chorych ani jeden nie był szczepiony, na 79 lekko chorych zaś tylko 9, t. j. 5·5%, było nieszczepionych. Dalej stwierdził on, że szczepienie z konieczności w pierwszych dwóch dniach po zarażeniu się już może być środkiem ochronnym, tak że choroba nie rozwija się; ani w jednym przypadku nie rozwinęła się ospa, jeżeli szczepienia dokonano przed 8 dniami. Szczepienie w późniejszym okresie wylęgania wywierało z reguły wpływ łagodzący na przebieg choroby we wszystkich okresach: osutki wstępne były skąpsze, okresu ropienia nie było, albo nieznaczny, ilość wykwitów skąpsza, blizny mniejsze i powierzchowniejsze, aniżeli u nieszczepionych. Ponieważ i ogólne objawy były lekkie, więc chorzy tacy, uważając się za zdrowych, mogli przenosić chorobę na dalszą odległość. Jeżeli zatem w odosobnionym wątpliwym przypadku da się niewątpliwie stwierdzić korzystny wpływ szczepienia z konieczności u otoczenia, to mamy »a posteriori« i »ex reactione« wskazówkę, przemawiającą za ospą prawdziwą. Nie będzie może od rzeczy nadmienić tutaj, że przy powtórnem szczepieniu (rewakcynacyi) należy uważać choćby słaby odczyn ranki szczepiennej, występujący po kilku dniach, za objaw pomyślnego wyniku szczepienia. Szczepienie dokonane ze skutkiem u osoby, która już przebyła podejrzaną chorobę, (o ileby zresztą dopuszczalne było takie szczepienie tylko »experimenti causa«),

---

[1]) Jochmann (Pocken u. Vaccinationslehre, Leipzig und Wien 1913) twierdzi stanowczo, że w przebiegu żadnej choroby zakaźnej nie napotykamy tego dla ospy znamiennego nagłego spadku gorączki i uczucia ulgi (euforyi) z chwilą wykwitu osutki. Również znamiennym objawem wedle tego autora jest niezwykle silny ból krzyżów.

przemawiałoby za przebyciem ospy wietrznej, jakkolwiek u osób skłonnych przyjmuje się szczepienie wyjątkowo po przebyciu ospy rodzimej. (Z czasów wojskowych przypominam sobie z dobrym skutkiem przeprowadzone szczepienie u rekruta, którego ciało było pokryte bliznami takiemisamemi, jak po przebytej ospie rodzimej).

Jak widzimy, opisane objawy mogą być mniej lub więcej wybitne, a różnie spostrzegane i dla celów rozpoznawczych rozmaicie użytkowane; dlatego musimy z radością powitać i uważać za epokowe odkrycie:

VIII. Mikrobiologiczny odczyn ospy prawdziwej, względnie stwierdzenie ciałek Guarnierego w rogówce królika, szczepionej treścią krosty ospowej, w przeciwstawieniu do zupełnie ujemnego wyniku takiego szczepienia przy ospie wietrznej.

W r. 1887 Pfeiffer i Loew spostrzegli w preparatach drobnowidowych z treści pęcherzyków ospy prawdziwej ciałka, które uważali za pierwotniaki i przypisywali im rolę zarazków chorobotwórczych. Tesame twory opisał w r. 1892 badacz włoski Guarnieri w preparacie drobnowidowym ze spojówki królika, do której wszczepił limfę ospy, i podobnie jak Pfeiffer i Loew przyznał im znaczenie chorobotwórcze. Na tem tle rozwinął się spór, dotąd jeszcze nie rozstrzygnięty, z którego wyłoniły się trzy zapatrywania: 1) że ciałka Guarnierego nie mają swoistego znaczenia, a są tylko produktem zwyrodnienia komórek; 2) że występują one tylko przy ospie rodzimej, a są produktem rozpadu leukocytów; 3) że występują one tylko przy ospie rodzimej, a są produktem rozpadu komórek. Na podstawie licznych, bardzo sumiennych badań, głównie Wasielewskiego, przyjęto, że ciałka Guarnierego są w ścisłym związku z ospą prawdziwą, ponieważ wykazać je można w treści pęcherzyków tak na skórze, jak i na błonie śluzowej, oraz w rogówce królika, zaszczepionej treścią krost, wyłącznie tylko w ospie prawdziwej, zresztą w żadnej innej chorobie. Natomiast pytanie, czy ciałka Guarnierego są tylko produktem zwyrodnienia komórek, występującym tylko przy prawdziwej ospie, czy też same są tymi drobnoustrojami, które wywołują ospę, dotychczas nie jest rozstrzygnięte. To pojawianie się ciałek Guarnierego tylko przy ospie prawdziwej wyzyskano dla rozpoznania różniczkowego tam, gdzie rozpoznanie kliniczne waha się między ospę prawdziwą i wietrzną. W tym celu szczepi się na rogówkę królika treść pęcherzyka, a jeżeli po kilku dniach w zeskrobanej powierzchownej warstwie nabłonkowej rogówki stwierdzimy drobnowidowo obecność ciałek Guarnierego, to rozpoznajemy ospę prawdziwą. Bez względu więc na to, czy ciałka Guarnierego są zarazkiem chorobotwórczym, czy też nie, są one zjawiskiem, charakterystycznem dla ospy, podobnie, jak ciałka Negriego dla wodowstrętu. Pfeiffer opisuje przypadek, w którym u syna szynkarza w Weimarze pojawiła się wysypka, rozpoznana przez lekarza, jako ospa złagodzona (variolois). To rozpoznanie podano jednak w wątpliwość i uważano chorobę za ospę wietrzną. Dla ustalenia rozpoznania zaszczepiono treścią krosty rogówkę u trzech świnek morskich; po 48 godzinach znajdowały się w nabłonku rogówki charakterystyczne ciałka Guarnierego, a późniejszy przebieg wykazał, że to była istotnie ospa złagodzona (L. Pfeiffer 1900).

Podobnie jednak, jak w innych chorobach zakaźnych badanie bakteryologiczne względnie serologiczne nie czyni zbytecznem uwzględnienia i innych czynników rozpoznawczych, tak i przy rozróżnieniu ospy rodzimej od ospy wietrznej niepoślednią rolę i nadal odgrywać będą wyżej wymienione szczegóły kliniczno-rozpoznawcze, choćby z tego powodu, że na próbę mikrobiologiczną potrzeba dość długiego czasu.

W każdym razie sądzę, że dla kontroli byłoby pożądaną rzeczą nawet w jasnych przypadkach badać treść krost przez czas dłuższy[1]).

Piśmiennictwo: 1) Tobeitz: Diff. Diagnose der Anfangsstadien der akuten Exantheme 1908. — 2) Lachowicz i Barzycki: Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych 1900. — 3) Daimer: Handbuch der oesterr. Sanitätsgesetze 1896. — 4) Cemach: Differential-diagnostische Tabellen. München 1910. — 5) Wilczyński: Choroby zakaźne. — 6) Lange-Brucker: Grundr. d. Krankh. des Kindesalters. Leipzig 1896. — 7) Strümpell: Lehrb. der spez. Pathol. u. Ther. Leipzig 1896. — 8) Voit: Lehrb. d. akuten Infektionskr. — 9) Biedert-Vogel: Lehrb. d. Kinderkr. 1887. — 10) Biegański: Dyagnostyka różniczkowa. Warszawa 1896. — 11) Handb. d. ges. Therapie. Jena 1911. — 12) Pribram: Oesterr. Sanitätswesen N. 15. 1912. — 13) Comby: Les maladies des enfants. — 14) Prowazek: Handb. der pathog. Protozoen. Leipzig 1911. — 15) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskr. 1903. — 16) Postulka: Oesterr. Sanitätswesen N. 8. 1913. — 17) Jochmann. Pocken und Vaccinationslehre. Wien und Leipzig 1913. — 18) Otto Lenz: Deutsche med. Woch. S. 1148. 1913. — 19) Baümler: Münch. med. Woch. S. 1361, 1913. — 20) C. Stoebli: Korrespondenzbl. für Schw. Aerzte. S. 193, 1913.

Z zakładu medycyny sądowej U. J. (Dyrektor: Prof. Dr L. Wachholz).

O modyfikacyi odczynu dyalizacyjnego Abderhaldena

podał

Dr Jan Olbrycht.

Badania Abderhaldena i jego uczniów nad zaczynami, znajdującymi się we krwi, zwłaszcza zaś rozszczepiającymi białko, stały się w dzisiejszej dobie, jak o tem świadczy prawdziwy potop publikacyi, ogniskiem badań naukowych w ogólności, w szczególności zaś badań, dotyczących rozpoznawania ciąży zapomocą tej metody.

Istota odczynu polega, jak wiadomo, na tem, że zaczyny w surowicy kobiet ciężarnych rozszczepiają duże, nieprzechodzące przez dyalizatory drobiny białka ugotowanego łożyska na mniejsze, tj. na peptony, polypeptydy i kwasy aminowe, które posiadają zdolność dyalizowania. Jeżeli zatem pomiędzy surowicę i białko łożyskowe z jednej strony, a wodę z drugiej strony wstawimy dyalizator, to małe, już rozszczepione drobiny przejdą przez dyalizator i można je wtedy w wodzie chemicznie wykazać; natomiast nic dzieje się to z surowicą kobiet nieciężarnych.

Metoda, której techniki bliżej nie podaję, ponieważ jest znana z licznych publikacyi, a bardzo szczegółowo, jasno i dokładnie przedstawiona w monografii Abderhaldena (Abwehrfermente des tierischen Organismus, wydanie III, 1913), jest dość trudna, wymaga bardzo dokładnej roboty i znajomości rozmaitych źródeł błędów. Najważniejszem źródłem powstawania błędnych wyników przy A—R (odczynie Abderhaldena), co wszyscy badacze podkreślają, są rurki dyalizacyjne (dyalizatory). Jak sam Abderhalden podaje (l. c. str. 182), nie nadaje się do użycia średnio 20—30%, a niekiedy nawet do 80% rurek dyalizacyjnych, wyrabianych przez firmę Schleicher i Schüll. Ale i wypróbowane już dyalizatory mogą stać się powodem omyłek. I tak przez przypadkowe uszkodzenie, np. przy czyszczeniu, mogą stać się przepuszczalne dla białka lub przez ewentualne za długie gotowanie nieprzepuszczalne dla peptonów. Stąd wynika potrzeba ciągłego próbowania rurek. Przy wykonywaniu samego odczynu może przez niezbyt ostrożne

---

[1]) Badanie krwi ma wedle nowszych autorów wykazywać znamienną różnicę, a mianowicie: przy ospie prawdziwej leukocytoza 10.000—20.000 i silna większość leukocytów. Zmniejszona ilość leukocytów (leukopenia) na szczycie choroby (stadium floridum) przemawia przeciw ospie prawdziwej, a za ospą wietrzną. (Oesterr. Sanitätswesen N. 32, 1913).

napełnianie rurki, a następowe niezbyt jej dokładne opłukanie dostać się nieco surowicy blizko wolnego brzegu rurki tak po wewnętrznej, jak i zewnętrznej stronie, a stąd do wody i być w następstwie powodem fałszywego wyniku odczynu. Do tego dołączają się jeszcze: stosunkowo wysoka cena rurek, zabierające dużo czasu wypróbowywanie ich, czyszczenie, tudzież przechowywanie.

Toteż metodę, którąby dawała bez użycia dyalizatorów tesame wyniki, co oryginalna, należało gorąco powitać, zwłaszcza z praktycznych względów jako uproszczenie metodyki, pominąwszy już możność uniknięcia omyłek, z jakiemi, jak wspomniałem, jest połączone postępowanie dyalizacyjne. Wśród licznych mniej lub więcej zasadniczych modyfikacyi, które Abderhalden poddał surowej krytyce, należy wymienić dwie: pierwsza podana została przez L. Michaelisa i Lagermarcka, o której Abderhalden wyraża się: (M. m. W. 1914. Nr 15. str. 807). »Die Methode lässt sich ausbauen und ohne Zweifel auch speziell bei Anwendung der Vordialise für die Ninhydrinreaktion ausarbeiten«, a druga podana została przez samego Abderhaldena przy użyciu barwnych substratów.

Według obu tych modyfikacyi wykonałem szereg prób równolegle z oryginalnym odczynem dyalizacyjnym celem przekonania się, o ile wyniki zgadzają się wzajemnie.

Michaelis i Lagermarck w swoich badaniach nad A—R, ogłoszonych w Nr. 7 »Deutsche medic. Wochenschrift« z r. 1914, w których doszli do przekonania, że we krwi ciężarnych nie istnieją swoiste zaczyny, — zastosowali także metodę, nazwaną przez siebie »Enteiweissungsmethode« lub »Eisenmethode«, polegającą na pozbawieniu surowicy białka przez to, że koloidalne białko zostaje przez drugi koloid t. j. koloidalny wodorotlenek żelaza strącone (Michaelis i Rona); natomiast nie udaje się to z albumozami i peptonami. Metoda ta, której technikę miałem sposobność osobiście poznać, pracując w tym czasie w pracowni L. Michaelisa w Berlinie nad odchyleniem dopełniacza, przedstawia się w szczegółach, jak następuje:

Do czystej i jałowej małej próbówki wlewa się 1·5 cm³ badanej surowicy. Do drugiej takiej próbówki 1·5 cm³ surowicy badanej + łożysko, w takiej ilości i tak przygotowane, jak w oryginalnej A—R (średnio 0·2—0·5 gr). Tutaj należy nadmienić, iż szczególnie uważać trzeba, aby nic z łożyska na ścianie probówki nie zostało. Następnie dodaje się celem powstrzymania gnicia i przeszkodzenia parowaniu surowic toluolu w takiej ilości, aby przynajmniej ½ cm wynoszącą warstwą pokryły surowice i wstawia się probówkę na 20 godzin do cieplarki przy 37° C. Po wyjęciu z cieplarki wylewa się całą zawartość probówki do jednego, drugiej wraz z łożyskiem do drugiego małego cylindra (przedtem można ewentualnie ostrożnie zebrać pipetą większą część toluolu). Następnie celem usunięcia pozostałej na ścianach probówek surowicy nabiera się czystą i suchą pipetą 8·0 cm³ przekroplonej i wyjałowionej wody i opłukując małemi porcyami ściany i dno probówki, wylewa się ją następnie do cylindrów tak, że w końcu każdy cylinder zawiera 9·5 cm³ płynu (nie licząc kawałeczków łożyska i resztek toluolu). Do każdego cylindra wlewa się teraz kroplami 10 cm³ pięciokrotnie rozcieńczonego dyalizatu żelaza: (»liquor ferri oxydati dialysati (Riedel)«), wstrząsając silnie i bezustannie naczyniem (cylindrem), wreszcie 0·5 cm³ rozczynu $^{n}/_{2}$ Na_2SO_4 i wszystko dokładnie miesza się. Obecnie zatem każdy cylinder zawiera 20 cm³ płynu, to znaczy dokładnie tyle, ile wynosi płyn zewnątrz tutek przy oryginalnej A—R. Płyn ten, brązowo-brunatnawy, przesącza się przez hartowany sączek do przygotowanych już przedtem czystych, suchych probówek, o zupełnie jednakowem świetle i ścianach, najlepiej z jenajskiego szkła, mających markę 10 cm³. Sączenie przebiega bardzo łatwo i otrzymuje się przesącz wodojasny, przezroczysty. Gdyby jednakowoż zachodziło podejrzenie, że przecież ślad osadu mógł się przedostać przez sączek, należy raczej po raz drugi sączyć. Gdy przesącz wynosi dokładnie 10 cm³ (wskazuje marka na probówce), wyjmuje się lejek i resztę przesącza się do innej zwykłej czystej probówki, na której dnie znajduje się kwas sulfo-salicylowy »in substantia« celem kontrolnego przekonania się o zupełnym braku białka w przesączu. Następnie do każdej probówki, tj. do 10 cm³ przesączu, dodaje się 0·2 cm³ 1% wodnego rozczynu ninhidryny, poczem ściśle według przepisu Abderhaldena gojuje się wraz z pręcikiem dokładnie przez 1 minutę. Po ½ godzinie następuje odczytanie wyników.

Nadmienić jeszcze należy, że o ile toluolu, znajdującego się nad surowicami, nie jest zbyt wiele, to nie przeszkadza on odczynowi; w każdym razie wygodniej i lepiej jest częściowo usunąć go zapomocą pipety, jak to już wyżej wspomniałem.

W ten sposób postępując, zbadałem (patrz niżej podaną tablicę) surowice z 25 przypadków, nastawiając równocześnie tesame surowice według oryginalnej A—R.

Przy wykonywaniu odczynu oryginalnego trzymałem się jak najściślej przepisów, podanych przez Abderhaldena, a w szczególności krew była po największej części brana na czczo i pozostawała przez kilka do kilkunastu godzin w probówkach w ciepłocie pokojowej. Po odstaniu się surowicy przenoszono ją zapomocą jałowej pipety do naczyń centryfugowych, odwirowywano dwukrotnie i badano co do obecności hemoglobiny. Surowica była zawsze wolna od hemoglobiny, z wyjątkiem przypadku 18. Tutaj nadmienić muszę, że w dotychczasowych publikacyach, o ile mi wiadomo, ograniczano się do badania spektroskopowego co do obecności widma hemoglobiny. Ja zaś zastosowałem tę modyfikacyę, że poddawałem surowicę badaniu mikrospektroskopowemu co do obecności hemochromogenu. Przekonałem się mianowicie, że surowica, nie okazująca widma hemoglobiny, okazywała widmo hemochromogenu, które, jak wiadomo z sądowo-lekarskich badań plam krwawych, jest najczulsze i można je uzyskać przy obecności nielicznych krwinek czerwonych. W tym celu zapomocą czystej pipety brałem kilka lub kilkanaście kropli surowicy na szkiełko przedmiotowe, ewentualnie zagłębione, poddawałem zagęszczeniu przez odparowanie, następnie dodawałem kroplę pirydyny Mercka, nakrywałem szkiełkiem nakrywkowem, podpuszczałem pod nie kroplę 50% wodzianu hydrazyny (Hydrazinhydrat) i oglądałem w przyrządzie mikrospektroskopowym. Bardzo łatwo można się w ten sposób przekonać, że udaje się uzyskać widmo hemochromogenu tam, gdzie spektroskopowo nie można było wykazać widma hemoglobiny. Łożysko za każdym razem wygotowywano z pięciokrotną ilością wody, a tę wodę z ninhidryną dla stwierdzenia, czy nie nastąpi niebieskawe zabarwienie. Rurki dyalizacyjne już wypróbowane poddawano za każdym razem, o ile wyniki nie zgadzały się z rozpoznaniem, lub jeżeli zachodziły różnice w płynach podwójnych, badaniu co do nieprzepuszczalności białka, a równomiernej przepuszczalności peptonu (Seidenpepton). Zawsze używano naczyń jałowych i suchych, tudzież wody przekroplonej i wyjałowionej. Rurki dyalizacyjne wstawiano na 16—18 godzin przy ciepłocie 37° C do cieplarki, której nie używano do celów bakteryologicznych. Wynik odczytywano po upływie pół godziny po skończonem gotowaniu dyalizatu z ninhidryną w przepisany sposób.

W podanej niżej tablicy rubryka A oznacza liczbę porządkową, rubryka B płeć, rubryka C rozpoznanie, rubryka D wynik próby oryginalnej z samą surowicą, rubryka E wynik próby oryginalnej z surowicą + łożysko, rubryka F wynik próby zmodyfikowanej z samą surowicą, rubryka G wynik próby zmodyfikowanej z surowicą + łożysko, rubryka H uwagi dotyczące prób kontrolnych, czasu, surowicy i t. d.

Z powyższej tablicy wynika, co następuje: Modyfikacya odczynu według Michaelisa i Lagermarcka dała w 80% wyniki, zgodne z wynikami odczynu oryginalnego dyalizacyjnego, w 8% wypadła ujemnie; natomiast oryginalna metoda dała w tych przypadkach wyniki dodatnie. Odczyn Michaelisa i Lagermarcka w 12% wypadł dodatnio, natomiast w tych przypadkach wyniki według oryginalnego odczynu były ujemne. Surowice niebrzemiennych...

W Nr 16 »Münchener mediz. Wochenschrift« z r. 1914 podał Abderhalden sposób, który również nie wymaga postępowania dyalizacyjnego, a przedstawia się, jak następuje:

Substrat, np. łożysko, przyrządzone według oryginalnej metody, barwi się przez 12 do 24 godzin w jaknajgęstszym rozczynie karminu w amoniaku. Po upływie tego czasu wymywa się, najlepiej w płynącej wodzie, i wyciska się łożysko, aż płuczka

pozostaje zupełnie bezbarwną. Następnie wielokrotnie wygotowuje się w przekroplonej wodzie, aż nie przyjmuje ani śladu barwika, przyczem łożysko musi być jaknajsilniej zabarwione. W ten sposób zabarwiony i przygotowany narząd przechowuje się jak zwykle w przekroplonej wodzie wyjałowionej pod toluolem.

Przy wykonywaniu odczynu wlewa się 1—2 cm³ badanej surowicy do małej probówki, a do niej dodaje się 0·25 grama zabarwionego narządu. Przedtem wygotowuje się go jeszcze raz dokładnie, aby nabrać pewności, że nie zawiera bakteryi i barwika, który w ten sposób przez wygotowanie daje się usunąć. Następnie nalewa się nieco tuluolu i wstawia do cieplarki. Już po upływie 4—8 godzin ma się zauważać dokładnie, czy surowica rozłożyła narząd, czy nie; w pierwszym bowiem przypadku barwi się surowica na czerwono, w drugim pozostaje żółtą.

Z łożyskiem w ten sposób przygotowanem nastawiłem 10 surowic, pochodzących od ciężarnych, a 10 surowic, pochodzących od nieciężarnych. Wszystkie próby dały zgodne wyniki. Jednakże ujemną stroną tej metody jest to, że niema przy odczynie ostrej granicy, tylko czasowa, nadto, że także surowice, dające wynik ujemny, po kilkunastu godzinach przybierają czerwonawe zabarwienie. Zdarza się więc naprzykład, że surowica, działająca dodatnio, dopiero w 8—10 godzinach rozkłada narząd, a w tym czasie także surowica, zachowująca się ujemnie, może już przybrać czerwonawe zabarwienie; a zatem w obu tych przypadkach możnaby błędnie przyjąć wynik dodatni.

A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.
1.	K.	Graviditas	a) – b) —	a) ++ b) ++	a) — b) — c) –	a) ++ b) + c) ++	Na czczo Dyalizat. z kw. sulfosalicylowym i odczyn biuretowy O
2.	K.	Graviditas II mensium	a) — b) —	a) + b) +	a) — b) —	a) + b) ++	Dtto
3.	K	Graviditas	a) — b) —	a) + b) +	a) – b) –	a) — b) — czerwonawe	Na czczo. Przepuszczalność na białko O, na pepton jednostajna.
4.	K.	Diabetes insipidus	a) — b) — c) —	a) ± b) + c) +	a) — b) —	a) + b) +	Dtto
5.	K.	Graviditas	a) — b) —	a) ++ b) ++	a) — b) —	a) + b) +	Prawie na czczo.
6.	M.	Fractura baseos cranii	a) + b) ++ c) +	a) +++ b) +++ c) +++	a) — b) –	a) ++ b) ++	Odczyn biuretowy O. Przepuszczalność peptonu jednaka.
7.	K.	Gravidatis tubaria rupta	a) b) —	a) — b) —	a) —	a) —	Dtto
8.	K.	Graviditas	a) — b) —	a) ++ b) ++	a) — b) —	a) ++ b) ++	
9.	K	Tbc. pulm.	a) — b) — c) —	a) — b) — c) —	a) – b) — c) —	a) — b) —	
10	M	Tumor mediastini	a) — b) — c) —	a) — b) — c) —	a) — b) —	a) — b) —	
11.	K.	Vitium cordis	a) — b) —	a) — b) — czerwonawe	a) — b) —	a) + b) +	
12.	M.	Insufficientia aortae	a) – b) —	a) — b) —	a) — b) —	a) — b) —	
13.	M.	Icterus Ca. hepatis?	a) b) — c) —	a) + b) + czerw. c) +	a) — b) — c) —	a) + b) + c) +	Surowica żółtaczkowo pod barwiona. Dyalizat z kw. sulfosalicylowym O. Przepuszczalność peptonu jednostajna.
14.	M.	Neoplasma ventriculi suspectum	a) — b) — c) —	a) + b) + c) ±	a) — b) + c) —	a) + b) ++ c) +	Dtto
15	K.	Asthma bronchiale	a) — b) —	a) — b) —	a) b) — c) —	a) ± b) — c) —	
16.	K	Graviditas	a) — b) — c) –	a) ++ b) ++	a) — b) — c) —	a) ++ b) ++ c) +	
17.	M	Individuum normale	a) — b) — c) —	a) — b) — c) –	a) — b) — c) —	a) — b) — c) —	
18.	M	Eudocarditis septica	a) — b) —	a) – b) —	a) — b) — c) —	a) + b) +	Surowica nieco hemolizujaca pierwsza smuga widma hemochromogenu zaznaczona.
19	M.	Bronchitis in gravida	a) — b) — c) —	a) + b) + c) ±	a) – b) — c) —	a) + b) + c) +	
20.	K	Tbc. pulm.	a) — b) —	a) — b) —	a) — b) —	a) + b) +	Dyalizat i przesącz z kw. sulfo-salicylowyni O.
21.	K.	Individuum normale	a) — b) — c) —	a) ± b) + c) +	a) — b) —	a) — b) —	Na czczo. Odczyn biuretowy O Przepuszczalność dla peptonu jednostajna.
22.	M.	Combustio	a) — b) —	a) + b) ±	a) — b) —	a) + b) +	Dtto
23	K.	Graviditas	a) — b) —	a) ++ b) ++	a) ± b) —	a) +++ b) ++	
24.	K.	Cholecystiits	a) + b) +	a) + b) +	a) + b) +	a) + b) +	
25.	K.	Aortitis luetica	a) — b) —	a) — b) –	a) – b) —	a) — b) —	

Z c. i k. Szpitala epidemicznego Nr. 1. w Krakowie.
(Komendant: lekarz pułkowy Docent Dr Arzt).

Dodatnia hodowla i aglutynacya bakteryi durowych przy gruźlicy prosówkowej

Podał

Dr Maksymilian Blassberg, kierownik oddziału.

Dawniejsze zapatrywanie, że dur brzuszny jest miejscową chorobą zakaźną jelit i że bakterye durowe mają swą siedzibę wyłącznie we wrzodach jelitowych, powoli po-

rzucono od czasu nowszych badań, gdy wykryto prątki durowe w różyczce, w krwi krążącej, w śluzie oskrzelowym, w ropie, wysiękach i moczu. Dur brzuszny uważamy obecnie za sprawę ogólno-posoczniczą i dlatego obecnie rzadko ustalamy rozpoznanie bez badań bakteryologicznych i biologicznych. To doprowadziło do pewnego przeceniania wyników bakteryologicznych. Z różnych stron podnosiły się ostrzeżenia, że pojęcie czysto bakteryologiczne duru mija się z celem i że wszystkie badania bakteryologiczne mają tylko wtedy wartość dowodu, jeżeli są zgodne z obrazem klinicznym.

Łatwiejszą jest rzeczą, jeżeli stoimy wobec ujemnego wyniku prób bakteryologiczno biologicznych. Wówczas stara się lekarz oprzeć się na całokształcie objawów klinicznych i niełatwo zboczy z właściwej drogi rozpoznawczej. W r. 1905 miałem sposobność ogłosić w »Przeglądzie lekarskim« przypadek duru z obfitą wysypką, w ktorym rozpoznanie duru brzusznego, oparte wyłącznie na podstawie obrazu klinicznego pomimo ujemnej aglutynacyi i bardzo podejrzanej co do duru plamistego wysypki, sprawdziło się przy późniejszej autopsyi.

O wiele trudniejsze jest położenie lekarza, kiedy ma przed sobą dodatni wynik badania bakteryologicznego, który według ogólnych pojęć obecnych rozstrzyga ostatecznie o rozpoznaniu duru brzusznego. Przypadek poniżej opisany, który mieliśmy sposobność spostrzegać w krakowskim szpitalu epidemicznym Nr. 1., dowodzi, że nawet wyhodowanie bakteryi durowych nie daje samo przez się bezwzględnej pewności, iż mamy przed sobą dur brzuszny.

Krótka historya choroby jest następująca:

Włodzimierz Z., lat 22, jeniec, Gruzin, został 5. X. przyjęty do szpitala rezerwowego w Lublinie z powodu bólów żołądka i stamtąd następnego dnia dalej wysłany. D. 8. X. 1915 przyjęty do krakowskiego szpitala epidemicznego Nr. 1. z powodu biegunki, ogólnego osłabienia i stanu podgorączkowego, jako podejrzany co do duru brzusznego. Dotychczas chory nie był poddany szczepieniu ochronnemu przeciw durowi. Badanie wykazało, co następuje: Ogólne osłabienie, nędzne odżywienie. Barwa skóry blado-śniada, brak różyczki, brak sinicy. Przytomność zupełna. Język wilgotny, nieco obłożony, poza tem jama ustna bez zmian. Na klatce piersiowej z tyłu od dolnego kąta łopatki po stronie prawej stłumienie ku dołowi, powyżej aż do szczytu oraz z przodu w prawym szczycie aż do drugiego żebra odgłos opukowy krótszy. W miejscu stłumienia zniesione przewodnictwo głosu i szmery oddechowe niesłyszalne. Po stronie lewej odgłos opukowy prawidłowy, szmery oddechowe pęcherzykowe zaostrzone. Liczba oddechów 30 na minutę, brak wybitnej duszności. Kaszel nieznaczny z plwociną śluzowo-ropną. Serce prawidłowe, tony sercowe głuche. Tętno słabo napięte, regularne, 80—90 uderzeń na minutę. Gruczoły limfatyczne na szyi, w obu pachach i pachwinach powiększone i macalne. Brzuch nie wzdęty, raczej zapadnięty, nie bolesny na ucisk. W okolicy biodrowej prawej nie stwierdza się przelewania. Wątroba prawidłowa. Śledziona opukowo powiększona, nie macalna. Codziennie jeden stolec papkowaty z nieznaczną domieszką śluzu. Mocz piwno-żółty, lekko zmącony z obłoczkowatym osadem, słabo kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1.021, nie zawiera białka, cukru, ani acetonu. Odczyn dwuazowy Ehrlicha ujemny. W osadzie fosforany, nabłonki płaskie, nieliczne leukocyty i kryształy indyga. Ciepłota poranna przez cały czas prawidłowa, waha się między 36 a 36·6. Ciepłota wieczorna dnia 8. X. 37·2, 9. X. 37·2, 10. X.. 37·8, 11. X. 38, 12. X. 36, 13. X. 39, 14. X. 38, 15. X. 37·4. Krzywa ciepłoty ma charakter przestankowy, względnie przepuszczający. Nie można stwierdzić względnej bradykardyi. 14. X. stwierdzono na klatce piersiowej kilka podejrzanych plamek różyczkowych. 15. X. wystąpiły nieznaczne obrzęki na kończynach dolnych.

Badania bakteryologiczne (wykonane z pomocą p. dr. Grabczakowej) i mikroskopowe: D. 9. X. Badanie stolca w kierunku cholery i czerwonki dało wynik ujemny. — 10. X. Przez nakłucie prawej jamy opłucnej wydobyto 70 cm³ wysięku surowiczo-krwawego. Wysięk zaszczepiono na płytki Endo i na dwa skośne agary i stwierdzono obecność bakteryi durowych. Oprócz tego badanie odwirowanego wysięku co do prątków Kocha dało wynik dodatni. — 11. X. Nakłucie żyły. Odczyn aglutynacyjny Grubera-Widala z żywą hodowlą durową wypadł wybitnie dodatnio, aż do 1:160. Hodowla bakteryi durowych z krwi ujemna. W tymże dniu badanie plwociny co do prątków gruźliczych dało wynik dodatni. — 12. X. Drugie nakłucie opłucne. Wydobyto 240 cm³ wysięku surowiczo-krwawego, zaszczepiono na agar skośny, płytki Endo i płytkę Conradiego-Drigalskiego i znowu stwierdzono obecność bakteryi durowych. Otrzymany szczep bakteryi durowych aglutynował z pewną surowicą durową w stosunku 1:12800, z prawidłową surowicą nie aglutynował. — Wysięk odwirowany zbadano znowu co do prątków gruźliczych z wynikiem dodatnim. Średnio znajdował się 1 prątek gruźliczy w 1—2 polach widzenia mikroskopu. Badanie cytodyagnostyczne odwirowanego osadu wysięku wykazało prócz czerwonych krwinek i nabłonków prawie wyłączny obraz czystej limfocytozy. —15. X. Badanie stolca co do prątków durowych dało wynik ujemny. Badanie krwi wykazało krwinek czerwonych 2,900.000, białych 6.000. Stosunek białych do czerwonych 1:439. W świeżym niebarwionym preparacie stosunki prawidłowe. Stosunek wzajemny leukocytów w preparatach ustalonych i barwionych był następujący: wielojądrzastych neutrofilów 81%, małych limfocytów 15%, dużych limfocytów 1%, ciałek przejściowych 3%, eozynofilów 0%.

Na podstawie powyższego badania brzmiało nasze rozpoznanie: Tuberculosis pulmonum et pleurae dextrae. Lymphadenitis universalis. Tumor lienis. Typhus abdominalis (?).

16. X. Chory umarł wśród objawów wzmagającego się osłabienia serca.

Wynik sekcyi (c. i k. lekarz pułkowy Dr. Skrla) był następujący: Budowa ciała średnia, nędzne odżywienie. Skóra blado śniada, na klatce piersiowej, na mostku i w dołku podsercowym liczne niebieskawe plamki do wielkości główki szpilki, znikające pod naciskiem. Plamy pośmiertne na plecach. Stężenie pośmiertne mierne. Widoczne błony śluzowe wybitnie blade, u lewego otworu nosowego nieco przyschłej krwi. Grzbiet lewej ręki i nogi nieco obrzękły. Miękkie powłoki czaszki cienkie, blade. Opona twarda, gładka, blada. Zatoki żylne wypełnione skrzepami krwi. Opony miękkie miernie nastrzykane, delikatne, ponad górnym robakiem liczne szaro-białe guzełki. Mózg wielki, ciężki, substancya mózgowa miernie ukrwiona. Komory rozszerzone. Móżdżek, most Varola i rdzeń przedłużony prawidłowe. Naczynia na podstawie czaszki próżne, delikatne. Gruczoły śródpiersiowe powiększone i zserowaciałe. Gruczoły około-oskrzelowe powiększone, pyliczo zmienione, zasiane licznymi gruzełkami. W prawej jamie opłucnej litr szaro-brunatnego mętnego płynu. Płuco prawe na całej przestrzeni zrosłe z klatką piersiową, średniej wielkości. Opłucna silnie zgrubiała, ½ cm, pokryta pokładem włóknikowym. Na opłucnej liczne szaro-żółtawe gruzełki. Miąższ płucny w górnym zrazie miernie powietrzny, zasiany licznymi gruzełkami. Dolny płat zupełnie bezpowietrzny i również zasiany gruzełkami. W oskrzelach szaro-żółtawy śluz, błona śluzowa oskrzeli nastrzykana. Lewe płuco bardzo wielkie, ciężkie, wolne, opłucna gładka, pokryta licznymi gruzełkami. Miąższ płuca powietrzny, zawiera mierną ilość krwi, zasiany licznymi gruzełkami prosowatymi. Błona śluzowa oskrzeli nastrzykana. Jama osierdziowa zawiera około 100 grm cieczy żółtawej, przeźroczystej. Osierdzie nieco obrzękłe i nastrzykane. Serce prawidłowej wielkości, mięsień sercowy ciemno-brunatny, jędrny, lewa komora zawiera płynną krew i skrzepy krwi, prawa komora serca próżna; zastawki prawidłowe. Błona wewnętrzna aorty cienka. Język szaro zabarwiony. Migdałki prawidłowej wielkości, zaułki głębokie, miąższ zbity, czerwono-brązowy. Krtań zawiera blady, pienisty śluz, błona śluzowa blada. Na tylnej powierzchni nagłośni błona śluzowa owrzodziała, pokryta licznymi małymi gruzełkami. W jamie brzusznej ¼ litra żółtego przezroczystego płynu. Gruczoły krezkowe silnie powiększone, żółto zabrwione. Otrzewna gładka, na całej przestrzeni pokryta gruzełkami. Wymiary śledziony 16, 11, 4½. Otoczka niebieskawo zabarwiona, napięta. Miąższ ciemno-wiśniowy, twardy, zasiany gruzełkami wielkości główki od szpilki. Nerki prawidłowej wielkości, torebka schodzi łatwo. Powierzchnia gładka, zasiana gruzełkami wielkości główki od szpilki, miąższ o prawidłowej zbitości, zawiera również gruzełki. W błonie śluzowej miedniczek nerkowych drobne wybroczyny. Pęcherz moczowy zawiera około 100 grm żółtego moczu, błona śluzowa pęcherza żółtawo blada, gładka. Wątroba duża, w torebce liczne gruzełki. Miąższ jędrny, w krew zasobny, zawiera mniejsze i większe gruzełki. Woreczek żółciowy zawiera około 4 łyżek żółto-zielonej żółci, błonka śluzowa jego cienka. Trzustka prawidłowej wielkości, jędrna, zabarwiona brunatno-czerwona. Żołądek prawidłowej wielkości, zawiera ⅛ litra płynu szaro-żółtawego. Błona śluzowa miernie nastrzykana, zaczerwieniono, zasiana drobnemi wybroczynami. W jelicie krętem błonaślu-

zowa blada, pokryta dość licznymi żółto-szarymi gruzełkami wielkości główki od szpilki. W jelicie czczem żółtawa papka, błona śluzowa nieco zaczerwieniona, tu i ówdzie odosobnione gruzełki wielkości ziarna prosa. W błonie śluzowej okrężnicy wstępującej małe gruzełki. W okrężnicy poprzecznej i zstępującej liczne wrzody wielkości główki od szpilki do soczewicy. Błona śluzowo mocno zgrubiała, obrzękła. Im dalej ku pętli esowatej, tem grubsza jest ściana jelita i błona śluzowa i tem liczniejsze i większe wrzody o brzegach nierównych. Wrzody te mają wybitne cechy wrzodów gruźliczych.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: Tuberculosis pulmonum miliaris disseminata. Pleuritis serosofibrinosa dextra. Atelectasis pulm. dextri. Tumor lienis. Degeneratio amyloidea lienis, renum. Tuberculi hepatis, renum, lienis, peritonaei, ilei. Colitis tbc. Tuberculi epiglottidis. Leptomeningitis tuberculosa.

Przy sekcyi wzięto jałowo krew z serca oraz żółć; powiodło się z nich otrzymać hodowlę bakteryi durowych.

Powyższy nasz przypadek należy do bardzo rzadkich spostrzeżeń, w których stwierdzono prątki durowe względnie aglutynacyę durową u chorych, u których ani klinicznie, ani anatomicznie nie było duru brzusznego. Od przypadków, opisanych dotychczas w dostępnem mi piśmiennictwie, różni się nasz przypadek tem, że: 1) bakterye durowe stwierdzono za życia w jamie opłucnej, 2) równocześnie wypadł odczyn aglutynacyjny Grubera-Widala wybitnie dodatnio, 3) istnienie gruźlicy mogło być za życia na pewno stwierdzone, 4) oprócz dodatniej hodowli bakteryi durowych, uzyskanej za życia, powiodło się także z krwi i żółci, wziętej ze zwłok, uzyskać dodatnią hodowlę.

Fakt, że można u chorych znaleść prątki durowe i stwierdzić aglutynacyę przy braku klinicznego i anatomicznego obrazu duru brzusznego, wywołał swego czasu wielkie zainteresowanie. Takie przypadki niewątpliwie kilkakrotnie ogłoszono i potwierdzono. Zajmującą tę sprawę starali się różni autorowie (Jürgens, Krehl, Forster, Fornet, Busse, Kamm, Bredow, Krencker, Schott, Jochmann i Schottmüller) rozmaicie tłómaczyć. Jedni z nich tłomaczyli to zjawisko, jako okres wylęgania się duru brzusznego, opierając się na tem, że pomiędzy wniknięciem bakteryi do ustroju, a wystąpieniem obrazu klinicznego może upłynąć szereg tygodni, miesięcy, a nawet lat. Pogląd ten spotkał się z zarzutem, że do pojęcia wylęgania choroby konieczne jest mnożenie się prątków w czasie pomiędzy ich wniknięciem a wybuchem objawów chorobowych. Inni autorowie twierdzą, że w tych przypadkach zachodzi klinicznie utajony dur względnie zakażenie mieszane, a sposób zakażenia jest tego rodzaju, iż bakterye nie osiadają pierwotnie w układzie limfatycznym, lecz że przenikają z błony śluzowej jelit lub z płuc wprost do krążenia podobnie jak to się często zdarza przy zakażeniach bakteryami paratyfusowemi. Trzecia grupa autorów tłómaczy te przypadki w ten sposób, że chodzi tu o roznosicieli bakteryi durowych, u których prątki pod wpływem równoczesnego wybuchu drugiej choroby wniknęły ze swej stałej siedziby do krwi i tam zostały wykryte, lub zostały wydzielone przez nerki i pojawiają się w moczu.

Bardzo doniosła jest według mego zdania okoliczność, że w naszym przypadku prócz dodatniego wyniku hodowli stwierdzono wybitny odczyn aglutynacyjny. Na podstawie tego, nawet przy braku szczegółów z wywiadów, możemy przyjąć aglutynacyę za dowód zakażenia, przebytego w przeszłości. Wiemy bowiem, że aglutyniny mogą pozostawać we krwi nawet przez szereg lat po przebytem zakażeniu. Możemy zatem przyjąć, że nasz chory swego czasu przeszedł dur brzuszny i był roznosicielem bakteryi. Okoliczność, że bakterye durowe utrzymały się w stanie żywym w wysięku opłucnym, jest również zjawiskiem, analogicznem do licznych innych spostrzeżeń, w których wykazano, że bakterye durowe mogą bardzo długo utrzymać się w stanie żywym w ropniach, w otorbionych zapaleniach otrzewnej i w innych podobnych wytworach zapalnych, które powstały w przebiegu duru brzusznego lub w powikłaniach, związanych z tem cierpieniem. Żywe prątki durowe stwierdzano po 15 miesiącach, a nawet w wiele lat po ukończeniu choroby.

Nie możemy też przyjąć, że chodziło w naszym przypadku o rozpoczynający się dur brzuszny, albowiem temu nie odpowiadały ani obraz kliniczny, ani wybitny odczyn aglutynacyjny, ani też później stwierdzony obraz sekcyjny.

Nie mogę również pominąć milczeniem faktu, że istnieją autorowie, którzy skłonni są przypisywać jadowi gruźliczemu właściwość wytwarzania aglutynin durowych. Autorowie ci twierdzą, że tworzenia się aglutynin w takich przypadkach nie należy odnosić do duru, dawniej przebytego, lecz że one wytworzyły się dopiero w przebiegu schorzenia gruźliczego.

W każdym razie jest rzeczą uwagi godną, że przeważna część podobnych przypadków, dotąd opisanych, dotyczyła chorych gruźliczych. Nasuwa się pytanie, czy ustrój, przesiąknięty gruźlicą, nie stanowi szczególnie korzystnego podłoża dla trwałego goszczenia bakteryi durowych we krwi i w narządach w stanie żywotnym. Stąd urósłby dla praktyki ważny postulat, że należałoby w przyszłości poświęcić roznosicielom bakteryi durowych szczególną uwagę, nietylko ze względu na możliwość zakażania otoczenia durem, lecz także ze względu na możliwość istnienia u nich utajonej gruźlicy.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jag.
(Dyrektor: prof. Dr A. Rosner).

Dwa przypadki samorodnego pęknięcia pęcherza przy równoczesnem pęknięciu macicy.

Podał
Dr Józef Schlank
asystent kliniki.

Powikłanie pęknięcia macicy rozerwaniem pęcherza moczowego nie należy do zdarzeń częstych. Dwie są przyczyny, które rzadkość tego powikłania tłomaczą: popierwsze fakt, że pęka częściej tylna i boczna ściana szyjki, niż przednia, a powtóre ta okoliczność, że pęcherz oddzielony jest od macicy przez bardzo wiotką i rozciągliwą tkankę łączną przypęcherzową, która w ciąży ulega jeszcze większemu zniszczeniu. Wskutek tego oba narządy, macica i pęcherz, są wśród porodu względem siebie przesuwalne i jeśli nawet szyjka maciczna pęka na przedniej ścianie, pęcherz zwykle nie rozrywa się. Jeśli natomiast w tkance między pęcherzem a macicą znajduje się blizna, wówczas rozerwanie pęcherza wśród pęknięcia macicy łatwiej wydarzyć się może.

W dostępnem mi piśmiennictwie niewiele mogłem znaleźć podobnych przypadków. Przytaczam je poniżej.

I tak Klien w swojej dużej statystyce pęknięć macicy zestawił tylko 15 przypadków równoczesnego pęknięcia pęcherza moczowego, Bandl opisał jeden przypadek pęknięcia pęcherza przy niezupełnem pęknięciu macicy, Pollak opisał 2 przypadki, Schütte na 19 przypadków pęknięć macicy 2 przypadki. Scipiades w statystyce pęknięć macicy wspomina o 8% pęknięć pęcherza, jako powikłań pęknięć macicy. Lowrich na 30 przypadków widział aż 5 pęknięć pęcherza, Thompson wspomina o 1 przypadku promienistego pęknięcia dna pęcherza przy samoistnem pęknięciu macicy.

W ostatnich czasach miałem sposobność w klinice krakowskiej spostrzegać 2 przypadki samorodnego pęknięcia pęcherza przy pęknięciu macicy. W obydwu przypadkach dokonałem doszczętnego usunięcia macicy i zeszycia pęcherza.

I. N. prot. 236 1910/11. P. l. 30, wieloródka, 3 razy rodziła, płody nieżywe. Do kliniki przyjęta 23. IV. 1911 o godzinie 12·45 w nocy; podaje, że bóle rozpoczęły się 22. IV. o godz. 6 rano, a pęcherz płodowy pękł 22. VI. o godz. 5 po południu. Ostatni raz czuła ruchy płodu dnia 23. IV. o godzinie 6 w. Badanie wykazało pęknięcie dolnego odcinka macicy od przodu. Płód częściowo w jamie brzusznej. Tętno matki 120, nikłe, ciepłota 36·7. Przy założeniu cewnika stwierdzono pęknięcie macicy i pęcherza. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono główkę i rączkę lewą wysoko nad miednicą. Wymiary miednicy: dist. spin. 24, crist. 24., trochant. $30^1/_2$, conj. externa $16^3/_4$, conj. diag. 9, conj. vera $7^1/_2$. Przedewszystkiem opróżniono macicę przez dokonanie wymóżdżenia na płodzie nieżywym. Krwawienie na zewnątrz nieduże. Natychmiast przystąpiono do laparotomii i znaleziono poprzeczne pęknięcie przedniej ściany szyi na wysokości przedniego sklepienia, pęcherz moczowy rozerwany tuż nad ujściem obydwu moczowodów. Najpierw zrekonstruowano pęcherz; aby nie zaszyć ujścia moczowodów, wsunięto do nich cewniki, wyprowadzając końce cewników przez cewkę moczową na zewnątrz. Pęcherz zeszyto trzechpiętrowym szwem katgutowym. Następnie przystąpiono do całkowitego usunięcia macicy. Zabieg był łatwy, krwawienie bardzo małe. Jamę brzuszną wydrenowano przez pochwę i ranę brzuszną. Stan pacyentki po operacyi był bardzo ciężki. Pomimo środków sercowych i hypodermokliz nastąpiła śmierć w godzinę po operacyi.

Sekcya stwierdziła tylko silną niedokrwistość.

II. N. prot. 334 1910/11. A. G. l. 36, do kliniki przyjęta 11. VI. 1911, o godz. 7 wieczorem, wieloródka, 3 razy rodziła siłami natury, płody nieżywe. Od 2 miesięcy silne bóle w okolicy stawów biodrowych i spojenia. Bóle te początkowo utrudniały chód, a od 2 tygodni chora nie może zupełnie chodzić. Bóle porodowe rozpoczęły się 10. VI. o godzinie 6 wieczorem, pęcherz płodowy pękł 10. VI. o godzinie 7 wieczorem. Ostatnie ruchy czuła chora 10. VI. w nocy. Ciepłota 37·9, tętno 140. Płód leży poprzecznie. Dolna część macicy bardzo bolesna, górną część wyczuwa się wysoko ponad płodem jako skurczony pusty trzon maciczny. W jamie brzusznej wolny płyn. Płód częściowo w jamie brzusznej. Po założeniu cewnika do pęcherza moczowego wydobyto zaledwie trochę krwi. Przy badaniu wewnętrznem można w ujściu stwierdzić jakąś część drobną. Obydwa łuki kości łonowej do siebie zbliżone, nie pozwalają wprowadzić do pochwy dwóch palców. Wymiary miednicy: dist. spin. 24 cm. cr. 26, troch. 26 cm, conj. ext. 18. conj. diag. 10, conj. vera $8^1/_2$. Rozpoznanie kliniczne: C. IV. położenie poprzeczne, X. m. ks., pęknięcie macicy i pęcherza moczowego. Miednica osteomalatyczna ścieśniona.

Przystąpiono zaraz do laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono krew, zmieszaną z wodami płodowemi i moczem. Macica po stronie prawej z boku, pęknięta na przestrzeni mniej więcej 15—18 cm, pęknięcie idzie głęboko w tkankę przymaciczną prawą. Przez miejsce pęknięte wysuwa się łożysko i bark płodu. Płód wydobyto przez ranę po pęknięciu i przystąpiono do usunięcia macicy wraz z przydatkami. Na tylnej ścianie pęcherza znaleziono wówczas ranę wielkości grochu, którą zaszyto trzypiętrowym szwem katgutowym. Jamę brzuszną wytamponowano, a końce wyprowadzono przez pochwę i ranę bruszną. Chora zmarła w 8 godzin po operacyi. Autopsya wykazała tylko silną niedokrwistość i rozpoczynające się zapalenie płuc prawostronne.

W obydwu przypadkach były miednice nieprawidłowe i pęknięcia macicy nastąpiły prawdopodobnie przy przewozie do kliniki na zwykłych wozach wiejskich. Bliższych przyczyn pęknięcia pęcherza moczowego nie można było ponad wszelką wątpliwość wykazać, gdyż tkanki, o które tu chodzić może, były poszarpane. Obie chore miały poza sobą po trzy ciężkie porody i jest rzeczą wielce prawdopodobną, że powstałe wśród tych porodów okaleczenia i zakażenia doprowadziły do zmian w przymaciczu przedniem, t. j. w tkance między szyją maciczną, a pęcherzem, — zmian, które tkankę tę uczyniły mniej wiotką i na przesuwalność pęcherza względem szyjki macicznej zły wpływ wywarły.

Obydwa moje przypadki skończyły się śmiertelnie, podobnie jak wszystkie, ogłoszone w piśmiennictwie. Przyczyną śmierci w tych przypadkach nie jest pęknięcie pęcherza, tylko najczęściej, o ile śmierć następuje rychło, utrata krwi z powodu pęknięcia macicy, o ile zaś później, zapalenie otrzewnej. Niewątpliwie jednak pęknięcie pęcherza do śmierci się przyczynia, gdyż popierwsze i z ran pęcherzowych przychodzi do krwotoku, a powtóre wylew moczu do jamy otrzewnej i tkanki przymacicznej nie jest ze względu na zakażenie rzeczą obojętną. Wynika z tego, że rokowanie, które przy pęknięciu porodowem macicy jest samo przez się bardzo smutne, doznaje znacznego pogorszenia przez wikłające je rozerwanie pęcherza moczowego.

Piśmiennictwo. 1) Schütte: Zur Behandlung der Uterusruptur, Monatsch. f. G. u. G. T. 20. st. 847 — T. 29. str. 873. — 2) Scipiades: Über Zerreissung der Gebärmutter an der Hand 91 eigener Fälle. Tauffers Abh. G. u. G. p. 168, Berlin (Karger) 1909. — 3) Tenże: Zent. f. G. u. Gyn. 1907. Nr 26. st. 728. — 4) Lowrich: Über die Uterusruptur. Ges. d. Aerzte. Budapest. Pester. med.-chir. Presse T. 43. p. 637. — 5) Murray: Edinburg Obst. Lancet 1901. T. II. 21 dec. — 6) Thompson H. u. Siele: Über einen Fall von Uterusruptur. Jurn. akuszerstwa i żeńskich bol. 1900. N. 9. — 7) Pollak Otto: Spontane Uterus-und Blasenruptur während des Geburtsaktes. Wiener med. Wochensch. N. 41.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Karrel i Luksch. **Uwolnienie roznosicieli zarazków od zarazków zapomocą homologicznej szczepionki.** (Wiener kl. Woch. 1916, 7). Wszelkie dotąd próbowane środki, by roznosicieli zarazków uwolnić od zarazków i przez to usunąć niebezpieczeństwo, jakiem grożą roznosiciele dla stykających się z nimi osób zdrowych, mniej lub więcej zawiodły. K. i L. proponują podjęcie prób na większą skalę ze szczepionkami, gdyż powiodło im się u 35 na 42 roznosicieli bakteryi czerwonki i duru wywołać zapomocą tego sposobu zniknięcie zarazków z wypróżnień. U takich ludzi wywołuje odpowiednia szczepionka (a więc przeciwdurowa u roznosicieli prątków duru, przeciwczerwonkowa u roznosicieli zarazków czerwonki) zazwyczaj wyraźny odczyn gorączkowy, jednakże zdarzało się, że po zastosowaniu szczepionki znikały zarazki z wypróżnień, chociaż po szczepieniu nie było żadnego odczynu. Do szczepień stosowali K. i L. szczepionki wielowartościowe (polyvalent), za pierwszym razem po 1 cm^3, w razie powtórzenia po $1^1/_2$—2 cm^3. (Jeżeli dalsze badania potwierdzą spostrzeżenia K. i L., a zwłaszcza, gdyby skutek stosowania szczepionek okazał się trwałym, to sposób K. i L. byłby znacznym postępem w zwalczaniu epidemii). r.

Manliu. **Optochina w zapaleniu płuc włóknikowem.** (Berl. kl. Woch. 1916, 3). Zgodnie z większością autorów, którzy stosowali ten najnowszy środek chemoterapeutyczny, stwierdził i M. pomyślne jego skutki w 10 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. — M. zauważył jednak, że optochina nie jest wolna od działań ubocznych, mianowicie wywołuje często zaburzenia wzrokowe i słuchowe. Dla przeciwdziałania tym skutkom warto by spróbować stosować kamforę; lek ten osłabia bowiem działanie optochiny, możeby więc okazał się względem niej dobrą odtrutką (antidotum). r.

Bacmeister. **Poronne działanie optochiny wobec zakażeń dwoinkami zapalenia płuc u chorych na gruźlicę płuc.** (Münch. m. W. 1916, 1). Zakażenie dwoinkami zapalenia płuc jest, jak wiadomo, u suchotników szczególnie niebezpieczne, a wywołane przez nie zapalenia płuc i oskrzeli mają nader często przebieg niekorzystny. B. stwierdził, że i w tych przypadkach wywiera optochina wpływ szczególnie pomyślny; w sześciu takich przypadkach, leczonych optochiną, stwierdził B. znacznie szybszy spadek ciepłoty i szybsze ustąpienie objawów oskrzelowych, niż w szeregu innych przypadków, leczonych starym sposobem zapomocą leżenia w łóżku, okładów wysychających, piramidonu i salicylanów. — Jako dawkę zaleca B. co dwie godziny po ·0·2 optochiny (optochinum hydrochloricum), wogóle jednak wszystkie dawki razem nie powinny przekroczyć 2 gr. Ze skutków ubocznych spostrzegł B. tylko u jednego chorego pokrzywkę, trwającą 12 godzin; zaburzeń wzrokowych nie było nigdy. — W przypadkach wysokich gorączek czysto gruźliczych nie wywierała optochina żadnego skutku. r.

Neumann. **W sprawie postępowania wobec krwioplucia.** (Zeitschr. f. Tuberk. 25, 1). Na zasadzie spostrzeżeń

przypadkowych, zebranych u chorych, nie stosujących się do wskazówek lekarza, doszedł N. do wniosku, że w przypadkach krwioplucia nie jest leżenie bezwzględnie konieczne. Toteż N. zaleca, by w takich przypadkach nakazać chorym spokój w postawie siedzącej, przytem zastosować przewiązanie nóg, oraz wstrzyknięcie do żył 5—6 cm. sześć. 10% (hypertonicznego) rozczynu soli kuchennej. Podawanie przetworów wapna działa zdaniem N. korzystnie, jeżeli się je stosuje miesiącami, niejako zapobiegawczo. (Pomysł N., aby krwioplucie leczyć siedzeniem, zasługiwałby może na wypróbowanie, wątpić jednak można, czy wielu lekarzy odważy się na takie próby wobec grozy, jaką budzą krwioplucia). r.

Mayer. **Leczenie duru brzusznego szczepionką u szczepionych zapobiegawczo**. (Münch. m. W. 1916, 3). M. dochodzi do wniosku, że do rozstrzygnięcia, czy i w jakim stopniu przyczynia się czyto zapobiegawcze, czy lecznicze zastosowanie szczepionki do złagodzenia przebiegu duru, trzebaby dopiero zebrać znaczniejszą statystykę wyników leczenia szczepionką w jednej epidemii, obejmującą takich chorych, którzy byli szczepieni zapobiegawczo i takich, którzy nie byli zapobiegawczo szczepieni. Z tych bowiem danych, jakiemi może rozporządzać jeden badacz, niepodobna osądzić, czy pomyślny lub skrócony przebieg duru zależy istotnie od szczepionki, czy tylko od łagodniejszego charakteru danej epidemii. r.

Budde. **Półpasiec w zakresie splotu szyjnego po ochronnem szczepieniu przeciwdurowem**. (Münch. m. W. 1916, 3). W trzy dni po szczepieniu wystąpił półpasiec (herpes zoster) w okolicy prawej łopatki, karku i z prawej strony szyi. Związek przyczynowy ze szczepieniem, dokonanem na wysokości II. żebra prawego (w zakresie rozgałęzień nn. nadobojczykowych), jest możliwy. (Zaczynają pojawiać się doniesienia o innych jeszcze powikłaniach po szczepieniu, i to poważniejszych, z czegoby wynikało, że szczepienia przeciwdurowe nie są tak niewinne, za jakie je przeważnie uważano). r.

Daranyi. **Niedostateczność czasu obserwacyi w przypadkach podejrzanych co do cholery**. (Deuts. med. Woch. 1916, 2) Powszechnie przyjęto, że okres wylęgania wynosi w cholerze pięć dni i tylko też przez pięć dni stosuje się nadzór nad podejrzanymi co do cholery. Według nowszych badań nie ulega wszakże wątpliwości, że ozdrowieńcy, oraz zdrowi, którzy stykali się z chorymi, mogą być roznosicielami zarazków cholerycznych, i to nawet przez dwa tygodnie (wyjątkowo dłużej). Należałoby więc, zdaniem D., takie osoby, które przybywają z okolic zakażonych, a u których nie można przeprowadzić badania bakteryologicznego, poddawać nadzorowi przez 14 dni. r.

Chirurgia.

Silberman i Colman. **Zastąpienie rękawiczek gumowych**. (Zentr. f. Chir. 1916, 1). Wobec uznania przez Anglię także chirurgicznych rękawiczek gumowych za »kontrabandę wojenną«, sprawa zastąpienia ich czem innem nabiera poważnego znaczenia. Według S. i C. takim środkiem zastępczym, zalecenia godnym, jest »sterylina«, to jest gęsty rozczyn acetylcellulozy w acetonie z dodatkiem innych jeszcze środków. Ręce po zamoczeniu w tym rozczynie obsychają szybko, powlekając się elastyczną powłoczką, nieprzepuszczalną dla wody, wyskoku i wszelkich rozczynów wodnych i wyskokowych. Podjęto też próby wyrabiania ze steryliny cienkich rękawiczek. r.

Wilk. **Chirurgiczne leczenie zapalenia nerek**. (Münch. m. W. 1916, 3). W. opisuje 4 przypadki bardzo ciężkiego zapalenia nerek z ogromnymi obrzękami ogólnymi, leczone zapomocą obłuszczenia (decapsulatio) jednej nerki. Operowani znieśli ten zabieg dobrze, wydzielanie moczu już nazajutrz po operacyi znacznie się wzmogło, znikło bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia z powodu mocznicy. W. uważa przypadki swoje za wyleczone; zachodzi jednak pytanie, czy owo wyleczenie można uważać za zupełne i trwałe. r.

Leonhard. **Sto przypadków postrzałów klatki piersiowej i płuc**. (Deut. m. W. 1916, 2). L. zaleca leczenie jaknajbardziej zachowawcze, oszczędzanie chorego, podawanie obfite morfiny (3 razy dnia 0·02 g., codziennie przez szereg dni aż do dwóch tygodni). Szczególnie nie należy dać się uwodzić gorączce, która nawet przy wylewach czysto krwawych, nie zakażonych, może dochodzić do 39° i ciągnąć się tygodniami, a nie stanowi jeszcze, zdaniem L., wskazania do operacyi. Własne spostrzeżenia L. dały 29% śmiertelności przy postrzałach z broni ręcznej, 30% przy postrzałach szrapnelowych, 48% przy zranieniach od granatów. r.

Katzenstein. **Plastyka na kikucie**. (Zentrlbl. f. Chir. 1915. 52). Jak wiadomo, niemałą troską chirurgów w obecnej wojnie są wystające kikuty kostne, tworzące się po tak zwanej linijnej jednoczasowej amputacyi (por. artykuł prof. Rydygiera w Nr. 2. »Przeglądu lek.«), obecnie znowu często stosowanej. Katzenstein poradził sobie z kikutem kostnym, występującym na 8 ctm. z uda, zapomocą plastyki, wykonanej w kilku posiedzeniach. Przedewszystkiem umieścił kikut pod skórą drugiego, zdrowego uda, wyciąwszy w niej cięciem półksiężycowatem rodzaj kieszeni. Przy drugiej operacyi pokrył K. drugim płatem częściowo grzbietową stronę kikuta, przy trzeciej przeciął mostek pośrodkowy i przyszył poziomo ku tyłowi, przy czwartej wreszcie rozdzielił znowu kończyny, przecinając mostek boczny, który zarazem zużył do pokrycia reszty grzbietowej powierzchni kikuta. r.

Moszkowicz. **Jak zmniejszyć niebezpieczeństwo zgorzeli po operacyi tętniaka?** (Beitr. z. klin. Chir. 1915, 97, 5). Za wzorem Biera i i. oświadcza się M. przeciwko wyłuszczaniu tętniaków (urazowych) na kończynach, ponieważ przy tem trzeba usunąć zbyt duży odcinek tętnicy, dotkniętej tętniakiem, i tętnic obocznych. Natomiast stosuje M. szew naczynia albo zwężenie doprowadzającego odcinka tętnicy. Szew stosuje się tylko wtenczas, gdy można z całą pewnością liczyć na sprawność dróg obocznych; jeżeli tej pewności niema, to wolno wykonać tylko zwężenie tętnicy, do czego najprostszym sposobem jest według M. spięcie tętnicy przeszczepionym wolno paskiem powięzi. Sprawność dróg obocznych bada się tak przed operacyą, jak i w czasie operacyi, sposobem bardzo prostym; jeżeli przez uciśnięcie głównego pnia tętniczego i głównej gałązki obocznej wywoła się niedokrwienie kończyny, to po zwolnieniu gałęzi obocznej z pod ucisku powinno nastąpić wybitne odczynowe przekrwienie, o ile krążenie oboczne jest należycie sprawne. W przeciwnym razie należy, zanim się przystąpi do doszczętnej operacyi tętniaka, prowadzić jeszcze dalej leczenie, zmierzające do wzmocnienia krążenia obocznego (uciskowe i t. d.), póki wspomniana próba sprawności nie wypadnie zadowalniająco r.

Neurologia i psychiatria.

W. Mayer. **Znaczenie metody dyalizacyjnej Abderhaldena dla psychiatryi i neurologii**. (Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. Orig. T. 23. 1914). Autor wykonał 140 badań surowic zdrowych i chorych, przy tem surowice nastawiano z tkanką następujących narządów: jądro, (względnie jajnik), kora mózgowa, wątroba, tarczyca, nerka, nadnercze, trzustka. Prócz tego w wielu razach badano surowice z rozmaitymi narządami zwierzęcymi. Wyniki były następujące: 1) Surowice 12 osób fizycznie i psychicznie zdrowych dały odczyn ujemny z wyżej wspomnianymi narządami. 2) Na 13 przypadków rozmaitych stanów psychopatycznych (histerya, natręctwa etc.), w jednym przypadku surowica+jądro dała wynik dodatni, (dotyczyło to przypadku, w którym rozpoznanie wahało się pomiędzy psychopathia constitutionalis a hebephrenia); w drugim przypadku ciężkich natręctw surowica+tarczyca dały wynik dodatni, objawów ze strony tarczycy nie było. 3) Na 5 osób z obrazem klinicznym parafrenicznym lub paranoidalnym w 2 przypadkach surowica+tarczyca dała odczyn dodatni, bez żadnych objawów ze strony tarczycy. 4) Na 16 osób z rozpoznaniem psychozy maniakalno-depresyjnej, w 3 przypadkach był odczyn dodatni surowicy z korą mózgową, jajnikiem, tarczycą, trzustką. 5) Grupa otępienia wczesnego: a) Ostra katatonia. Badano surowice 4 osób, u wszystkich surowica+gr. płciowy dała odczyn dodatni, u 3 odczyn dodatni z tarczycą, u 2 słabo dodatni z korą mózgową, a u 1 słabo dodatni z nadnerczem. 6) b) Podostre i przewlekłe przypadki otępienia wczesnego. Badano surowice 30 osób. W 7 przypadkach całkowicie ujemny odczyn ze wszystkimi narządami. Odczyn z gruczołami płciowymi (odpowiedniej płci) był dodatni w 21 przypadkach; z korą mózgową dodatni w 9 przypadkach; w 14 przypadkach dodatni z tarczycą, w paru przypadkach odczyn dodatni z nerką, wątrobą, trzustką; bez objawów ze strony tych narządów. 7) Przypadki otępienia wczesnego z trwaniem średnio 20-letniem (Endzustände) Badano surowice 15 chorych tej kategoryi. W 12 przypadkach odczyn wypadł ujemnie ze wszystkimi narządami, tylko w 2 przypadkach dodatnio bądź to z gruczołami płciowymi, bądź to z korą mózgową i tarczycą. 8) Przypadki tak zwanego schorzenia wielogruczołowego (polyglanduläre Erkrankungen), których badano 5, dały w trzech przypadkach odczyn dodatni bądź to z tarczycą, przysadką mózgową, bądź trzustką, jajnikiem i nadnerczem. W 5 przypadkach tego cierpienia odczyn był ujemny ze wszystkimi narządami. 9) W 12 przypadkach

porażenia postępującego odczyn z korą mózgową był zawsze dodatni; w 6 (na 10 badanych) dodatni z wątrobą, w 3 dodatni z trzustką, w 2 dodatni z tarczycą; z nerką i nadnerczem zawsze ujemny. W jednym przypadku kiły mózgowordzeniowej odczyn był dodatni tylko z korą mózgową. Okoliczność ta, że surowica w przypadkach porażenia postępującego oddziaływa dodatnio prócz kory mózgowej zwykle z innymi narządami, a przy kile mózgowej tylko z korą mózgową, może służyć, według autora, za pewną cechę, różniącą te dwa cierpienia. 10) Dalej badał autor surowice 19 osób z rozmaitemi chorobami organicznemi układu nerwowego; przy tem w przypadkach guza mózgu zwykle był odczyn dodatni z korą mózgową, podobnież wypadł odczyn w przypadku wągrowatości mózgu, zapalenia gruźliczego opon, otępienia starczego; prócz tego te surowice dały odczyn dodatni i z niektórymi innymi narządami, jak tarczycą, wątrobą Natomiast w 2 przypadkach wiądu rdzenia odczyn był stale ujemny. W 2 przypadkach alkoholizmu znalazł autor odczyn dodatni surowicy tylko z tkanką jajnika (u kobiety); z innymi narządami odczyn był stale ujemny. Stosując zamiast tkanek ludzkich tkanki zwierzęce przy doświadczeniu dyalizacyjnem, autor stwierdził, że z jądrem byka i tkanką mózgową cielęcia lub królika wyniki odczynu były takiesame, jak z tkankami ludzkiemi. Spostrzeżenie to, o ile znajdzie potwierdzenie w dalszych badaniach, bardzoby ułatwiło pracę nad odczynem Abderhaldena, ponieważ często bardzo trudno otrzymać względnie świeże tkanki ludzkie.

Zbierając wyniki swoich badań, dochodzi autor do wniosku, że w niektórych postaciach chorób umysłowych znajdują się w surowicy zaczyny, zdolne rozszczepiać pewne tkanki. W szczególności co do zastosowania praktycznego wyraża autor zdanie, że nawet w otępieniu wczesnem odczyn Abderhaldena występuje tylko w 77% przypadków, wobec tego nawet różnicowanie z psychozą maniakalno-depresyjną może być niemożliwe. Pewne znaczenie może mieć odczyn Abderhaldena w różnicowaniu kiły mózgu od porażenia postępującego. W. Grzywo-Dąbrowski.

E. Fraenkel. **Dalsze badania nad odczynem Abderhaldena przy raku i gruźlicy.** (Deutsche med. Wochenschrift 1914. 2). Co do zawartości zaczynów przeciwko rakowi badał autor 129 surowic. Na 40 surowic, pochodzących z osób, cierpiących na raka, odczyn dodatni z tkanką rakową wystąpił w 13 przypadkach. Na 12 przypadków, w których przypuszczano cierpienie rakowe, odczyn dodatni z tkanką rakową wystąpił w 7 przypadkach. W 77 przypadkach badano surowicę innych chorych (nie rakowatych) co do zdolności rozszczepiania tkanki rakowej i w 21 przypadkach odczyn był dodatni; z tych 21 wyników dodatnich było 8 surowic osób ciężarnych, 3 cierpiących na mięsaka, 3 na kiłę, 2 na gruźlicę płuc, 1 na cukrzycę i 2 surowice osób zdrowych.

Co do zdolności rozszczepiania tkanki mięsakowej badano 62 surowice; z 9 cierpiących na mięsaka tylko w 5 przypadkach był odczyn dodatni. Prócz tego z reszty pozostałej 53 chorych, odczyn dodatni co do rozszczepiania tkanki mięsakowej wystąpił w 25 przypadkach (rakowaci, ciężarne, toczeń, kiła, cukrzyca, osoby zdrowe).

Z tkanką płuca gruźliczego przeprowadzono 30 badań; tylko w połowie przypadków stwierdzono odczyn dodatni przy gruźlicy płuc, prócz tego jednak odczyn dodatni był i przy kile, u ciężarnych, przy mięsaku, raku i u osób zdrowych. Doświadczenie autora nie pozwala metody Abderhaldena uważać za zadowalniającą przy rozpoznawaniu raka, mięsaka i gruźlicy

W. Grzywo-Dąbrowski.

Forster i Tomaszewski: **Badania obecności krętków bladych w mózgu przy porażeniu postępującem** (Deutsche med. Woch. 1914. 14). Na 61 badanych przypadków znaleziono krętki (przy badaniu w ciemnem polu widzenia) w 27 przypadkach (44%) porażenia postępującego, w tych — w 11 przypadkach krętki były bardzo liczne, a w 16 — nieliczne. Odsetek stwierdzenia krętków jest prawie 2 razy większy, niż stwierdzony przez Noguchiego. W 53 przypadkach wstrzykiwano tkankę mózgową, pochodzącą z przypadków porażenia postępującego, 60 królikom do jąder i 13 małpom do powiek, lecz zawsze z wynikiem ujemnym. W. Grzywo-Dąbrowski.

K. Eskuchen. **Leczenie kiły ośrodkowego układu nerwowego według metody Swifta i Ellisa.** (Münchener med. Woch. 1914. 14). Metoda Swifta i Ellisa polega na tem, że wstrzykuje się choremu dożylnie salwarsan (ew. neosalwarsan), a następnie bierze się krew tegoż chorego i po otrzymaniu surowicy wstrzykuje się 10—13 cm³ tej surowicy podoponowo do kanału kręgowego. Można również, wstrzyknąwszy salwarsan choremu, cierpiącemu na kiłę, jego surowicę wstrzyknąć podoponowo odpowiedniemu innemu choremu. Leczenie według tej metody stosowano w 16 przypadkach, w 9 wiądu rdzenia, 5 porażenia postępującego, a 2 kiły mózgu; wszystkiego wykonano 68 wstrzyknięć. W przypadkach porażenia postępującego i wiądu rdzenia dolegliwości podmiotowe uległy prędkiemu i znacznemu polepszeniu i przebieg choroby był łagodniejszy. Objawy przedmiotowe nie uległy znacznym zmianom: odczyn Wassermana w krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym nie zmieniał się, czasem tylko ulegał osłabieniu; pleocytoza, odczyn Nonne-Apelta zwykle również ulegały osłabieniu; odczyn Langego z chlorkiem stale nigdy nie znikał, czasem tylko krzywa paralityczna zamieniała się na krzywą, typową dla wiądu rdzenia

W. Grzywo-Dąbrowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z d. 3 grudnia 1915 r.

Przewodniczący kol. Kučera, protokołuje kol. Szczepański. Goście: kol. starszy lekarz sztabowy Dannenberg. Obecnych 37 kolegów.

1) Posiedzenie zagaił kol. Kučera, witając serdecznie kolegów i podając powody, dla których niemożna było posiedzeń naukowych odbywać przeszło cały rok. Obecnie na życzenie kolegów w miarę materyału wykładowego będą posiedzenia odbywać się regularnie, przynajmniej raz na dwa tygodnie. Następnie wita kol. Kučera gościa, st. lekarza sztab. Dannenberga, komendanta szpitala garnizonowego i poświęca gorące słowa wspomnienia zmarłym kolegom członkom Towarzystwa, a mianowicie ś. p. Grzegorzowi Ziembickiemu, dalej W. Borzęckiemu, A. Chominowi, St. Czarnikowi, E. Elektorowiczowi, A. Kołaczkowskiemu, S. Kruszyńskiemu, I Krygowskiemu, Lazarusowi, Lisieckiemu, J. Świątkowskiemu i K. Turnauowi. Zebrani uczcili pamięć zmarłych kolegów przez powstanie.

2) Kol. Rencki odczytał telegram z życzeniami dla nowo otwartego Uniwersytetu i Politechniki warszawskiej, treści następującej: »Zebrane po długiej przerwie na pierwszem swem posiedzeniu Towarzystwo lekarskie lwowskie, zwraca swe myśli ku Warszawie i szle gorące słowa powitania nowo powstałym uczelniom polskim, Warszawskiemu Uniwersytetowi i Politechnice. Z szczególną radością wita Towarzystwo lekarskie lwowskie odrodzenie Wydziału lekarskiego, który zawsze tak żywem tętnem bijące naukowe życie lekarskie Warszawy do nowych podniesie wzlotów, łącząc sławną tradycyę przeszłości z pracą następnych pokoleń. Niechaj to nowe ognisko nauki polskiej zabłyśnie najjaśniejszem światłem dla dobra i szczęścia całej Ojczyzny!« (Oklaski).

3) Kol. Lenartowicz, jako skarbnik Towarzystwa, podaje do wiadomości członków uchwałę zarządu co do płacenia zaległych wkładek. Zarząd uchwalił, by za rok 1914 ściągnąć wkładki od członków w całości, za rok zaś 1915 tylko w połowie. Nikt w tej sprawie głosu nie zabierał.

4) Kol. Herman: **O ranach postrzałowych czaszki.** H. obserwował 75 postrzałów czaszki: 1) 20 powierzchownych i 2) 55 głębszych. Z pierwszych 18 leczył nieoperacyjnie, w dwóch zaś był zmuszony trepanować z powodu ropnia mózgu — oba razy z wynikiem pomyślnym; z drugich operacyjnie leczył 38 (ze śmiertelnością 44·7%), nieoperacyjnie 17 (ze śmiertelnością — 21·1%). Zatem wyniki nie były ani gorsze, ani lepsze od przeciętnych, dotąd podawanych. Z początku operował H. — ze zmiennem powodzeniem — każdy postrzał rynienkowaty, z innych zaś tylko postrzały zakażone; później bez względu na formę anatomiczną postrzału, wyłącznie przypadki zakażone. I na tem stanowisku, po krytycznej ocenie wszystkich pomyślnych i niepomyślnych spostrzeżeń, stoi H. dziś. Odnosi się ono jednak tylko do t. zw. późnych postrzałów czaszki, których systematyczne leczenie rozpoczyna się dopiero w kilka dni po zranieniu, nie dotyczy zaś wcale postrzałów świeżych, t. j. tych, których leczenie rozpocząć już można w kilka godzin po zranieniu. Takich obrażeń H. nie widział. — Niektóre szczegóły, zauważone przez prelegenta i spostrzeżenia autorów, pracujących w szczęśliwszych pod tym względem warunkach, zdają się przemawiać za tem, że bardzo duża odsetka ran postrzałowych czaszki i mózgu, pierwotnie pod względem klinicznym jest jałowa. Trudno nam w to uwierzyć. Uważamy bowiem owłosioną skórę

czaszki za wysoce zanieczyszczoną bakteryami, a opony i mózg za tkanki o bardzo małej odporności. Są to jednak, dotychczas przynajmniej, przypuszczenia dowolne. Liczyć się musimy przedewszystkiem z faktami! (Barany, Maresch i i.). Znaczniejsza jednak część tych pierwotnie jałowych ran ulega następowo zakażeniu. Do tego przyczyniają się: 1) niedość staranny opatrunek pierwszy i 2) zawczesny transport. Odpowiednio wykonany zabieg operacyjny w pewnej liczbie przypadków zwalcza zakażenie następowe; w pewnej liczbie najradykalniejszy okazuje się bezsilnym; a jeszcze w pewnej przyczynia się tylko do przemiany zakażenia jawnego w utajone, które niekiedy zabija dopiero po miesiącach pozornego zdrowia. Zdaje się, że wielką rolę w rozniecaniu utajonych zakażeń mózgowych odgrywają drobne odłamki kostne, wpryśnięte w ściany ropni. Odłamki te wśród nadarzonych okoliczności budzą bakterye, niejako w letargu pogrążone, które odzyskują swą pierwotną jadowitość. Trudno już dziś oznaczyć, jaki procent ranionych ginie jeszcze dodatkowo skutkiem tego utajonego zakażenia, tem trudniej, że nie znamy nawet ostatecznego terminu ich ostrego wybuchu. Ostatecznie H. dochodzi do wniosku, że dla ranionych w czaszkę aktualniejszą jest sprawą pierwszego opatrunku w szpitalu polowym, niż sprawa szerszych lub ciaśniejszych wskazań operacyjnych w stałym szpitalu, odległym o kilka dni od linii bojowej.

Dyskusyę odroczono do przyszłego posiedzenia.

Zdzisław Szczepański, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 20. I. 1914.

Przewodniczy Sterling, sekretarz Tomaszewski.

I. Kol. Skalski miał odczyt: **O epidemii ospy w 1913 r. w Łodzi** (drukowany w »Przeglądzie lekarskim« Nr 16—17).

II. Kol. Goldberg pokazał następujące preparaty, uzyskane przy operacyach, dokonanych w szpitalu św. Aleksandra:

1) Preparat **raka części pochwowej macicy,** usuniętej cięciem brzusznem. Operacyi dokonano metodą Wertheima, po odłuszczeniu obu moczowodów, obrośniętych tkanką rakową, i podwiązaniu obu tętnic macicznych. Macicę usunięto wraz z tkanką przymaciczną. Nowotwór przerastał tylną ścianę pęcherza, którą również wypadało wyciąć. Chora zniosła zabieg dobrze, powstała jednak przetoka pęcherzowo-pochwowa. Gdy w dwa tygodnie po zabiegu wyznaczono dzień do operacyi zamknięcia przetoki, chora, której stan był zadowalniający, zmarła nagle w nocy. Oględzin pośmiertnych nie było.

2) Preparat **nerki z ropniami**, usuniętej cięciem lędźwiowem. Chorą przywieziono do szpitala z rozpoznaniem pęknięcia macicy w toku porodu. Macicę usunięto cięciem brzusznem. Podczas tego zabiegu widocznie uszkodzono prawy moczowód, gdyż powstała przetoka moczowa pochwowa. Oświetlanie pęcherza wykazało strumień moczu z lewego moczowodu i brak wypływu moczu z prawego. Cewnikowanie moczowodów dowiodło niedrożności prawego moczowodu w odległości koło 8 cm od ujścia pęcherzowego. Wobec prawdopodobnych trudności zeszycia moczowodu postanowiono dokonać jego przewiązania, aby wywołać sztuczne wodonercze i zanik nerki. Operacya w znieczuleniu lędźwiowem. Po podwiązaniu moczowodu wydzielanie moczu przez pochwę ustało, ale chora zaczęła gorączkować. Wkrótce powstał guz w prawem podżebrzu, rozpoznany jako ropniak nerki. Nowa operacya w znieczuleniu lędźwiowem 10 dni temu: wycięcie nerki. Stan chorej zadowalniający, choć istnieją dość duże wahania ciepłoty, których stanem rany wyjaśnić niepodobna.

3) Preparat **raka dolnego odcinka kiszki prostej,** obejmującego przestrzeń około 5 cm tuż ponad zwieraczem zewnętrznym. Górny brzeg daje się obejść palcem. Zabieg rozpoczęto w znieczuleniu rdzeniowem, dokończono w uśpieniu. Cięcie od tylnego obwodu zwieracza ku górze w linii środkowej, kość guziczną usunięto, prostnicę udało się ściągnąć ku dołowi po podwiązaniu pasm tkanki tłuszczowej i łącznej. Usunięto 6 cm kiszki, górny koniec wciągnięto do otworu kolcowego i wszyto. Zwieracz udało się zachować. Stan chorego w 4 dni po zabiegu zadowalniający.

III. Kol. Tomaszewski przedstawił preparaty wątroby i nerki prawej 7-letniego chłopca. Chłopca tego przysłał kol. Trenkner do szpitala Anny Maryi. Przejechany przez doróżkę żył ten chory wszystkiego po wypadku 3 godziny. Przy sekcyi okazało się, że połowa prawego płatu wątroby była zupełnie oderwana od reszty, wisiała jedynie na żyle wrotnej. Jama brzuszna była cała wypełniona krwią. Prawa nerka u wnęki była pęknięta na przestrzeni 5 cm.

Posiedzenie z d. 4. II. 1914.

Przewodniczy Sterling, sekretarz Tomaszewski.

I. Kol. Eisner przedstawił: 1) kobietę, u której **resekował** prawą **połowę szczęki dolnej z powodu mięsaka;** po resekcyi wstawił szczękę kauczukową i trzymał ją 6 tygodni, poczem wyjął, a dentysta skonstruował protezę z zębami; 2) mężczyznę po **resekcyi stawu skokowego** metodą Langenbecka z powodu źle zrośniętego złamania; rentgenogram.

II. Kol. Sterling przedstawił kobietę z **gruźliczem owrzodzeniem na wardze** dolnej, u której zamierza wstrzyknąć szczepionkę Friedmana.

III. Kol. Sterling wygłosił pierwszą część swego odczytu: **O sposobach określania ciśnienia krwi** (z przedstawieniem przyrządów).

IV. Kol. Tomaszewski przedstawił **nerkę,** wyjętą operacyjnie u dziewczyny 15-letniej. Nerka 3 razy większa od prawidłowej, wypełniona ogniskami rozpadu i jamami. Dziewczynę przyjęto do szpitala powtórnie, ponieważ za pierwszym razem rodzice nie chcieli się zgodzić na operacyę. W prawem podżebrzu można było wyczuć guz wielkości głowy nowonarodzonego dziecka, ruchomy, bolesny. Chora oprócz tego skarżyła się na bóle w prawej nodze, które były tak dokuczliwe, że całe godziny płakała i jęczała: trzeba było wstrzykiwać morfinę. Charakterystyczne, że kiedy po kilku dniach pobytu w szpitalu odeszło pewnego dnia dużo ropnego moczu, guz zmniejszył się i bóle ustąpiły. Chorą cystoskopowano i cewnikowano moczowody. Zabiegów tych dokonał kol. Brabander. Ujście prawego moczowodu zaczerwienione, wokoło owrzodzenia: ujście lewego moczowodu zupełnie prawidłowe. Mocz z lewego moczowodu jasny i przeźroczysty, nie zawiera białka. W prawym moczowodzie cewnik zatrzymuje się na wysokości 7 cm od ujścia. Próba indygokarminowa nie powiodła się. Osad z moczu w ilości 2 cm wstrzyknięto do otrzewnej śwince morskiej na 3 dni przed operacyą. Operacyi dokonano w uśpieniu eterowem. Chora (już 10 dni po operacyi) ma się zupełnie dobrze, wstała i chodzi. Zagojenie rany doraźne. Ilość moczu 1. i 2. dnia po operacyi wynosiła 600 cm; czwartego dnia wzrosła do 1800, tak, że trzeba było dyetę płynną zmienić. Badanie drobnowidowe wykazało obraz **gruźlicy.**

V. Kol. Perlis przedstawia następujące przypadki: 1) **Nadnerczak nerki lewej.** Kobieta 37-letnia, zamężna, matka 6 dzieci. Od 4 miesięcy bóle w lewej okolicy lędźwiowej, osłabienie, chudnięcie. W lewej połowie podbrzusza wymacała chora stwardnienie, szybko się powiększające. Obecnie lewe podbrzusze od 12. żebra aż do więzadła wypełnia guz twardy, bolesny, odpowiadający lewej nerce. Ilość moczu dobowa do 1200. Mocz nieco mętny, zawiera niewiele ciałek białych i nieco czerwonych. Wałeczków niema. Mocz ten wydobyto z prawego moczowodu; z lewego przez cewnik moczowodowy nic się nie wydziela, a otwór cewnika zatyka się małymi zlepami włóknika. Chora bardzo wychudzona, na krzyżu kilka powierzchownych odleżyn.

Nephrectomia. Pomimo dużych rozmiarów guza wydobycie nerki dość łatwe. W otoczce bardzo silnie rozwinięte naczynia. Krwawienie nieznaczne. Przebieg poopera-

cyjny bardzo dobry; ani razu podniesienia ciepłoty nie było. Przez pierwsze dwie doby po zabiegu ilość moczu do 700. Od 3. doby 1000 do 1200 o składzie zupełnie prawidłowym. Gojenie bardzo szybkie. Po 4 tygodniach przybyło chorej 7 klg. Badanie mikroskopowe guza wykazuje budowę nadnerczaka. (Pokaz preparatu przez kol. Eisnera).

2) **Włókniak** jamy ustnej (fibroma pendulum), **wychodzący z dziąsła** górnego w okolicy lewego przedniego zęba trzonowego, wielkości dużej pomarańczy, usunięty u 50-letniej włościanki. Chora zauważyła przed dwoma laty mały ruchomy guziczek na dziąśle, który powoli powiększał się. Obecnie guz przylega do całego podniebienia twardego, wypukla boczną swą powierzchnią lewy policzek na zewnątrz i ku przodowi, a dolną powierzchnią leży na wyrostku zębodołowym dolnym. Część zębów wypadła, część siedzi luźno. Chora może spożywać tylko płynne pokarmy w pozycyi głowy przechylonej na prawo, część płynów jednakowoż wypływa z jamy ustnej. Guz nie jest zrośnięty z otaczającemi tkankami w jamie ustnej i łatwo daje się wydobyć na zewnątrz ust, a wtedy zwisa na podbródek i zajmuje przestrzeń od górnej wargi do lewej małżowiny usznej. — Wyłuszczenia guza dokonano przez przecięcie szypuły w miejscowem znieczuleniu. Po operacyi chora zupełnie prawidłowo przełyka stałe pokarmy.

VI. Kol. Eisner przedstawił preparat **mięsaka szczęki**, pochodzący z tejże chorej.

VII. Kol. Lange przedstawił: 1) **śledzionę** ważącą 8 klg., pochodzącą z chorego, który umarł na **białaczkę**, — 2) preparat mikroskopowy **raka przełyku**.

Posiedzenie z d. 18. II. 1914.

Przewodniczący Dr Krusche, sekretarz Tomaszewski.

I. Kol. A. Goldenberg przedstawił ucznia progimnazyum, lat 13, u którego przy badaniu szkolnem stwierdził **opadnięcie obu nerek** III stopnia (nerki wędrujące). Uczeń ten na żadne dolegliwości nie narzekał, trawienie prawidłowe. Budowa ciała nie przedstawia wybitnych zboczeń (nie typowy habitus asthenicus Stillera). W wywiadach dwa czynniki usposabiające: konna jazda i przebyty przed 2 laty dur brzuszny. — Kol. G. twierdzi, że opadnięcie jednej nerki wśród chłopców znajduje nierzadko. Kilku uczniów przedstawiał przed 3 laty na posiedzeniu Sekcyi pedyatrycznej łódzkiej. Kol. G. zachęca pedyatrów i lekarzy szkolnych do badania podżebrzy młodzieży w pozycyi stojącej, ponieważ stwierdzenie opadnięcia nerek ma u uczniów ważne znaczenie zapobiegawcze (uczeń powinien być uwolniony od gimnastyki, wstrzymać się od jazdy na rowerze i konno, wreszcie — wybrać sobie odpowiedni zawód, nie wymagający wielkiego wysiłku fizycznego).

II. Kol. Margolis przedstawia chorą z ogromnem **opadnięciem śledziony i wątroby.**

III. Kol. Klosenberg przedstawił chorego z **pląsawicą dziedziczną.** (Choruje od 4 lat, w rodzinie matka, siostra i kuzyn cierpią na tę chorobę).

IV. Kol. Grosglik przedstawił następujące przypadki: 1) Rodzina, złożona z matki, 37 lat, pięciorga dzieci (2 córki: 18 resp. 10 lat i trzech synów: 15, 7, 4 lata) i siostrzenicy (20 lat). Babka dzieci oraz matka siostrzenicy były dotknięte tem samem cierpieniem. Razem 9 osób jednej rodziny, a o ile wiadomo, przynajmniej trzy pokolenia. U wszystkich pięciorga dzieci (o innych brak danych) w III—IV dniu życia powstają pęcherze na rękach i stopach, poprzedzone silnem swędzeniem, co widać z ciągłego tarcia nóżek. Pęcherze goją się w 2—3 tygodni, po kilku zaś tygodniach ukazują się znowu plamy ciemno-brunatne na całem ciele. Związek między pęcherzami a plamami jest tak stały, że gdy u którego noworodka ukażą się pierwsze, rodzice nieomylnie przepowiadają drugie. Jedno z dzieci — 9-letni chłopiec — wolne od pigmentacyi, nie miało właśnie pęcherzy w pierwszych dniach życia. Czy później wydarzały się wysypki, na to trudno było otrzymać jakąś jasną odpowiedź. Pigmentacya obejmuje całe ciało od owłosionej części głowy do paznokci u rąk i nóg, oczywiście w rozmaitym stopniu, stosownie do wieku; n. p. 4-letni i 7-letni chłopiec ma ją jeszcze na twarzy; matka na szyi; tułowiu i kończynach aż do kolan; u 10-letniej zaś córki widać pigmentacye na śluzówce warg. Plamy są ciemnobrunatne z przewagą koloru czarnego, tworzą figury zamknięte nieprawidłowego kształtu, nie wyniosłe. W ciągu życia plamy stopniowo bledną i wśród rozlanej pigmentacyi skóry widać liczne miejsca białe, okrągłe, z zanikłą skórą, która n. p. na pośladkach łatwo daje się marszczyć; czasami, n. p. na kończynach odbarwione miejsca zanikowe mają kształt linearny. U wszystkich osób istnieje dermografizm, u niektórych bardzo wybitny. U wszystkich skóra na kończynach okazuje bardzo wybitną livedo annularis. Nadto paznokcie u 3 osobników są zgrubiałe, zniekształcone i często wypadają. Zważywszy, że u noworodków pokrzywka nader łatwo może przybierać postać pęcherzową (urticaria bullosa), za czem przemawia swędzenie, poprzedzające pęcherze; że pigmentacya skóry występuje u wszystkich osób w najwcześniejszem dzieciństwie, gdzie o zabarwieniu następczem, jak n. p. po sprawach zapalnych lub wskutek drapania nie może być mowy; że zabarwienie to żadnego innego nie przypomina; że wybuchy pokrzywki u osób, dotkniętych chorobą, w danym przypadku rozpoznawaną, prawie nigdy nie wydarzają się po pierwszym roku życia; że u wszystkich istnieje dermografizm mniej lub więcej wybitny; że te wszystkie cechy żadnej innej formie chorobowej nie odpowiadają: kol. G. rozpoznaje **pokrzywkę barwikową** (urticaria pigmentosa). Spostrzeżenie kol. G. różni się od dotychczas znanych pod następującymi względami: 1) długotrwałością (u matki w 37 r. sprawa jeszcze nie zakończona), 2) charakterem dziedzicznym i familijnym; 3) skłonnością do zaniku skóry i dystrofii paznokci; 4) przewagą zjawisk pigmentacyjnych nad pokrzywkowymi. Z tego względu kol. G. uważa wogóle zaliczenie pokrzywki barwikowej do kategoryi pokrzywek za niewłaściwe i sądzi, że etyologii tego cierpienia szukać należy w zaburzeniach układu współczulnego i wydzielania wewnętrznego.

2) 34-letnia kobieta z **samorodnem złamaniem kiłowem** (fractura spontanea syphil.) w okołostawowej górnej części lewego przedramienia. Osteoperiostitis gummosa humeri, cubiti et antibr. sin. Blizny po owrzodzeniach trzeciorzędnych w innych miejscach. W = + + +.

3) 37-letni mężczyzna, który od 2 lat odczuwał ból w prawem kolanie i wtedy także ból głowy gwałtowny typu nocnego; odtąd od czasu do czasu bóle głowy. Od 5 miesięcy pogorszenie ze strony kolana, jednocześnie obrzmienie. Wiewiór wyłączony. W = — — —. Wymiary kolana prawego w chwili największego natężenia sprawy: nad rzepką — 40, na rzepce 41, na guzie k. piszczelowej (tuberositas tibiae) 37 cm. Wymiary lewego: 36·5, 36·5. 33·5. Kol. G. leczył kiedyś matkę chorego na liczne objawy późnej kiły trzeciorzędnej, przeważnie w kościach i stawach, i na tej zasadzie rozpoznał **gonitis gummosa hereditaria**, pomimo ujemnego wyniku odczynu Wassermanna. Wynik leczenia swoistego potwierdza rozpoznanie. Chory chodzi, pracuje, nie doznaje bólów, a wymiary wynoszą: 36·5, 38·5, 33·5.

4) 68-letni starzec **ze świeżą kiłą**: sclerosis erosiva ingens sulci, scleradenitis biing. exigua, roseola capillitii, roseola trunci et extr., papulae aggregatae extremitatum, papulae hypertr. labii infer., papulae erosiv. ani. Jak na początek — dość ciężki obraz. (Streszczenie własne).

V. Kol. Pański przedstawia chorego — już raz pokazywanego w Tow. z powodu **guza mózgu**. Guz okazał się torbielą. Obecnie chory jest po operacyi. Operacya była dwuczasowa i polegała na opróżnieniu torbieli, która znajdowała się w prawej półkuli móżdżku. Bóle głowy ustąpiły i wzrok poprawił się.

VI. Kol. Goldberg wygłosił odczyt **o stanie fizy-**

cznym młodzieży w wieku szkolnym na podstawie badań uczniów w 4. kl. szkoły handlowej, przyczem zaznaczył różnicę w rozwoju fizycznym między młodzieżą chrześciańską a żydowską.

Posiedzenie z d. 4. III. 1914.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz kol. Tomaszewski.

I. Kol. Goldberg przedstawia: 1) Przypadek **kłykcin kończystych odbytu** (condylomata acuminata) u mężczyzny 23-letniego, rozmiarów 2 pięści. 2) Przypadek **całkowitego wyłuszczenia krtani wraz z nagłośnią**. Operacya w znieczuleniu chloroformowem. Tracheotomia niższa, a następnie wyłuszczenie krtani. Przebieg bezgorączkowy. 3 dni chory był karmiony zgłębnikiem, potem zaczął łykać, początkowo płynne a potem i stałe pokarmy. Od operacyi przeszło 3 tygodnie. Chory zaczyna szeptem uczyć się mówić, chociaż jama gardła szczelnie oddzielona od tchawicy.

II. Kol. Perlis przedstawił 12-letniego chłopca, od lat 9 cierpiącego na przewlekły **ropotok lewego środkowego ucha** z zajęciem wyrostka sutkowego. Kilkakrotne zabiegi, a przed pół rokiem operacya doszczętna, wykonana w Krakowie, nie dały dotąd wyniku: ropienie z przewodu trwa dalej, przetoka zaś nie okazuje skłonności do gojenia się Obecnie przewód zewnętrzny łączy się z przetoką za uszną zapomocą sporego otworu, pozostałego po operacyi doszczętnej. Przetoka wyrostkowa wypełniona cuchnącą krwawiącą ziarniną i sporą ilością martwaków. Opona twarda obnażona w okolicy zatoki poprzecznej. Część przetoki w głębi pokryta przeszczepionym płatem, pokrytym drobnym puszkiem. Po usunięciu ziarniny, martwaków i przeszczepionego płata, jamę znacznie rozszerzoną osuszono, wyjałowiono gorącem powietrzem i wszczepiono w nią płat tłuszczu, wzięty z uda chorego. Brzegi przetoki uruchomiono i złączono szwami. Zgojenie doraźne. Blizna mocna, gładka. Ropienie z przewodu ustało.

III. Kol. Sterling wygłosił drugą część swego odczytu **o sposobach określania ciśnienia krwi** (z przedstawieniem przyrządu Pachona).

IV. Kol. Tomaszewski przedstawił **kamień pęcherza moczowego,** wydobyty u dziewczynki zapomocą cięcia nadłonowego. Kamień ten z tego względu zasługuje na uwagę, że trzon jego znajdował się w pęcherzu, a odnoga dochodziła do zewnętrznego ujścia cewki. Dziewczyna stale oddawała mocz pod siebie.

V. Kol. Grosglik przedstawia: 34-letnią kobietę, która aż do chwili powstania obecnej choroby była zawsze zdrowa, od lat 10 zamężna. Chora ma czworo dzieci zdrowych; najmłodsze urodziło się przed 4 miesiącami. W maju b. r. mija 3 lata, gdy chora zaczęła uczuwać gwałtowne swędzenie w dolnych kończynach od stóp do brzucha. Po jakichś 2 miesiącach spostrzegła na goleniach, udach, pośladkach »liszaje«: były to, jak chora twierdzi, miejsca cokolwiek wyniosłe, okrągławe i jakby »stębnowane«. Podobne miejsca powstawały później na ramionach, następnie na tułowiu; przed rokiem zaś zauważyła chora swędzenie i zaczerwienienie na twarzy i głowie. Łuszczenie, przynajmniej obfitsze, istnieje podobno dopiero od $^1/_2$ roku i było zawsze drobne. Przerw w rozwoju choroby podobno nie było; przebieg był stały, nieprzerwany. Już od dłuższego czasu spostrzegła chora podobieństwo własnej skóry do skóry »oskubanej gęsi«, również sama zwróciła uwagę na dziwne wrażenie, jakiego doznaje, przechodząc dłonią po własnem ciele: wrażenie tarki. Od 5 miesięcy włosy zaczęły wypadać na głowie, brwiach, rzęsach, pod pachami i na wzgórku łonowym.

Stan obecny: 1) Głowa: włosy przeważnie wypadły, pozostałe zaś wychodzą bez wszelkiego wysiłku. Skóra bardzo sucha, twarda, zgrubiała, zwłaszcza w okolicy potylicznej, czerwona, pokryta łuskami cienkiemi, mocno przystającemi do skóry, drobnemi, gdzieniegdzie większemi. Powierzchnia bardzo nierówna, złożona z drobnych wypukłości i wklęsłości, trudno jednak dostrzedz pojedyncze wykwity, miejscami strupy i ślady drapania. 2) Twarz: na czole, policzkach, mniej na podbródku, widać całe skupienia bardzo drobnych guziczków, wielkości łebka małej szpilki lub trochę większych. Skóra czerwona, najwięcej na nosie, pokryta drobnemi łuskami, zgrubiała, twarda, sucha. Powieki nabrzmiałe, bez brwi, bez rzęs; wyraźne ektropion, trochę większe na lewem oku. Uszy obrzękłe, suche, twarde, z łuskami, ale bez widocznych guziczków. Wszędzie ślady drapania. 3) Szyja i kark: pełno guziczków. 4) Tułów: wszędzie rozsiane skupienia drobnych guziczków, nawet na sutkach. Na bokach i grzbiecie guziczki są najwidoczniejsze, zarówno na follikulach, jak i między niemi, z guziczków sterczą zatyczki rogowate i tu właśnie wrażenie tarki oraz podobieństwo do oskubanej gęsi występują nader wybitnie. Architektura powierzchni skóry niezwykle uwypuklona. Pod pachą włosów brak. 5) Górne kończyny: Choć zmiany występują najwydatniej na powierzchni wyprostnej, nie brak ich przecież na powierzchni wewnętrznej, a nawet w zgięciach łokciowych, gdzie widać drobniutkie guziczki. Wszędzie skóra o cechach powyżej opisanych. Palce są wolne od zmian, natomiast swędzą dość mocno. 6) Krzyż, pośladki i uda: pełno guziczków mniejszych i większych. Łuski bardzo drobne. Skóra bardzo naciekła, twarda, sucha, o architekturze nader wybitnej. Na wzgórku łonowym brak włosów. 7) Kolana, golenie i stopy: jak wyżej, zmiany bardzo wydatne. Na goleniach strupy i blizny po owrzodzeniach, powstałych wskutek drapania; skóra ścieńczała, zanikła, bliznowata, zwłaszcza na grzebieniach piszczelowych, które są bolesne. Dłonie i podeszwy zgrubiałe, ale bez guziczków. Tylko miejscami guziczki są widoczne, przeważnie zaś tworzą rozlane »plaques«, w których trudno już dopatrzeć się pojedynczych wykwitów. Paznokcie nietknięte. Swędzenie nadzwyczajne. Bezsenność. Chora stale odczuwa zimno, nawet w ciepłym pokoju lub w łóżku. Gruczoły szyjne, pachowe i pachwinowe powiększone. W ostatnich miesiącach znaczne chudnienie i upadek sił. W narządach wewnętrznych niema nic szczególnego, poza lekkiem rozszerzeniem serca w kierunku poprzecznym. Ślady białka, wzmożone substancye redukujące. Odczyn Pirqueta ujemny. Na zasadzie charakterystycznych guziczków, gwałtownie swędzących, w związku z wrażeniem tarki, podobieństwem wielu miejsc do skóry dopiero co oskubanego ptaka, kol. G. rozpoznaje **lichen ruber acuminatus universalis.** Wobec rozlanej sprawy, która w wielu miejscach utrudnia rozpoznanie wykwitów pojedynczych, za liszajem kończystym, a przeciw liszajowi płaskiemu przemawiają: 1) zajęcie całej głowy i twarzy, nader rzadkie przy liszaju płaskim; 2) wypadanie włosów powszechne; 3) brak ciemnych pigmentacyi, tak właściwych liszajowi płaskiemu; 4) chudnienie i zakłócenie ogólnego stanu, powstałe w krótkim czasie; 5) rozszerzenie cierpienia na całe ciało. Przeciw pityriasis rubra univers. Hebrae przemawiają: 1) skóra naciekła; 2) swędzenie niezmierne; 3) brak napięcia skóry i uwydatniona architektura powierzchni skóry; a przedewszystkiem 4) obecność charakterystycznych guziczków. (Streszczenie własne).

---

† Dr Karol Benni.

W dniu 21 lutego b. r. zmarł jeden z najpopularniejszych i najzasłużeńszych lekarzy warszawskich, znany przedewszystkiem jako pracownik na niwie społecznej, dr Karol Benni, przeżywszy lat 73.

W życiu kulturalnem i umysłowem Warszawy odgrywał Dr Benni przez szereg lat bardzo wybitną rolę, jako ruchliwy działacz społeczny, miłośnik sztuki i literatury. Karol Benni był prezesem Towarzystwa przemysłu ludowego w Królestwie Polskiem, przewodniczącym Muzeum rzemiosł i rolnictwa, członkiem honorowym Towarzystwa zachęty sztuk pięknych w Warszawie i w Krakowie. Salon literacki Dra Benniego, gdzie stale odbywały się co piątek zebrania najpoważniejszych przedstawicieli nauki i sztuki, znany był w całej Polsce. Stałymi gośćmi bywali tam: Piotr Chmielowski, Al. Jabłonowski, Wł. Bogusławski, Józef

Kenig, Henryk Sienkiewicz, Bolesław Prus, wogóle wszyscy najwybitniejsi pisarze polscy. Trwałymi pomnikami pracy i zabiegów Dra Benniego jest Muzeum ludowe, gmach Towarzystwa sztuk pięknych, Muzeum przemysłu i rolnictwa. Należał też do najgorliwszych członków komitetu budowy pomnika Mickiewicza w Warszawie. W wielu innych pracach społecznych i kulturalnych spieszył ze szczęśliwą inicyatywą i dzielną pomocą.

Z powodu swej społecznej działalności otoczony szacunkiem w całym kraju, był Dr Benni w samej Warszawie znany także jako wybitny lekarz. Już w Paryżu, gdzie ukończył studya lekarskie w r. 1867, poświęcał się chirurgii. Po powrocie do kraju był asystentem w klinice chirurgicznej prof. Korzeniowskiego w Warszawie, później aż do r. 1880 ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Stamtąd też wyszły trzy prace jego, ogłoszone w »Klinice« oraz w »Medycynie« w r. 1869 i 1873, oraz szereg spostrzeżeń kazuistycznych, przedstawianych w Warszawskiemu Towarzystwie lekarskiem.

† Dr Jan Gawlik.

(Wspomnienie pośmiertne).

Wśród zmarłych w roku ubiegłym należy się osobne wspomnienie ś. p. dr. Gawlikowi, jednemu z najlepszych przedstawicieli młodszego pokolenia naszych lekarzy, działających w trudnych warunkach pracy na prowincyi.

Już z domu wziął ś. p. Gawlik tradycyę tej pracy. Syn szanowanego lekarza, w swoim czasie czynnego także na niwie piśmienniczej, urodził się ś. p. Jan Gawlik w Suchej na Podkarpaciu w r. 1870, szkoły średnie i medycynę przebył w Krakowie, gdzie też doktoryzował się w r 1894, poczem poświęcał się studyom ginekologicznym w klinice prof. Jordana, a chirurgicznym w szpitalu św. Łazarza na oddziale prof. Obalińskiego. Był to czas, kiedy u boku nieodżałowanej pamięci Obalińskiego pracował wyjątkowo dobrany zespół młodzieży lekarskiej, ożywiony zapałem i wysoko pojmujący ideały lekarskie i humanitarne. Nie mówiąc o żyjących, wymienić wystarczy oprócz ś. p. Gawlika dwóch jeszcze z tego grona, zgasłych przedwcześnie: dr. Karola Kaczkowskiego i doc. dr. Stanisława Drobę. Całe to grono przeszło do kliniki chirurgicznej wraz z Obalińskim, gdy obejmował katedrę; w tej też klinice był później ś. p. Gawlik pierwszym asystentem i zdawało się, że przy jego zdolnościach i pracy czeka go karyera uniwersytecka. Jednakże wątłe, a wyczerpującą pracą nadwerężone zdrowie zmusiło dr. Gawlika do przesiedlenia się do Zakopanego. Tu objął kierownictwo szpitala klimatycznego, założył lecznicę chirurgiczną i wkrótce zyskał wzięcie nietylko na całem Podhalu, ale i z tamtej strony Tatr, na Spiżu i Orawie. Przed paru laty przesiedlił się na krótko do Krakowa; z początkiem r. 1914 obejmuje kierownictwo szpitala powszechnego, nowo otwartego w Nowym Targu. Na tem stanowisku, wykonując ogrom pracy (sam, bez sekundaryusza, którego powołano na plac boju), stawia dział chirurgiczny odrazu na wysokim poziomie i oddaje niepospolite usługi ludności cywilnej, jak i rannym w boju żołnierzom. Nie dziw, że przy takiej pracy nie na długo już starczyło sił dr. Gawlikowi; zgasł przedwcześnie, w 45. ledwo roku życia, w Krakowie 4 września 1915.

W naszych warunkach na szczególne podniesienie zasługuje okoliczność, że ś. p. dr Gawlik był jednym z niezbyt licznych jeszcze w Galicyi lekarzy prowincyonalnych, czynnych na polu piśmienniczem. Z prac ś. p. Gawlika wyszła rzecz: O przyszyciu nerki wędrującej, w »Zbiorze prac, wydanym ku uczczeniu pamięci prof. Obalińskiego« (1899), inne zaś, jak o operacyjnem leczeniu przetok moczowodowopochwowych i macicznych (1899), o przypadkach podskórnego urazowego pęknięcia wątroby (1909), wypadnięcia mózgu, jako powikłania pooperacyjnego, powikłania ciąży jajowodowej (1911) i ostrej niedrożności jelita przez zatkanie i wgłobienie (1913) — w »Przeglądzie lekarskim«.

Miarą uznania, jakie zdobył sobie ś. p. dr Gawlik są dwa wspomnienia, ogłoszone w »Gazecie podhalańskiej« (1915, Nr 36 i 38), oraz zebranie dla uczczenia Jego pamięci funduszu (4133 K) dla wsparcia ubogich rekonwalescentów, opuszczających szpital Nowotarski.

b.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wobec bardzo groźnego szerzenia się epidemii ospy w kraju, postanowił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego ze swej strony użyć wszelkich środków, aby dopomódz do zapobieżenia większej klęsce. W tym celu przy poparciu Senatu zorganizował Wydział praktyczne kursa szczepienia i odpowiednie wykłady dla wszystkich słuchaczy Uniwersytetu i zawiesił na 6 tygodni wykłady, aby słuchacze, wykształceni w szczepieniu, niezwłocznie mogli być wysłani na szczepienia w całym kraju. Aby zaś nauczanie przez tę przerwę w wykładach nie poniosło szkody, przedłużono półrocze zimowe tak, że w r. 1916 nie będzie feryi wielkanocnych. Za wzorem Wydziału lekarskiego poszedł Wydział filozoficzny i prawniczy Wszechnicy krakowskiej. Na kursa nauki szczepienia i wykłady zgłosiło się kilkuset słuchaczy. Wysłaniem ich i wyekwipowaniem zajęła się Sekcya sanitarna Krakowskiego Komitetu Biskupiego, którą kierują prof. dr. Godlewski jun. i prof. dr Marchlewski. Pierwsze grupy szczepiące wyjechały niezwłocznie do powiatów najbardziej zagrożonych, dalsze są szybko wysyłane do innych okolic. Funduszów na przeprowadzenie akcyi dostarczyło c. k. Namiestnictwo i Krakowski Komitet Biskupi. Akcya ta zakreślona została na szeroką skalę; liczbę osób, które mają być szczepione, obliczono w Galicyi na przeszło 3 miliony. Poprzednio już grupy szczepiące, rozsyłane po kraju przez Krakowski Komitet Biskupi od września r. z., zaszczepiły około $^1/_4$ miliona osób.

W toku są starania, aby akcyę tę można rozciągnąć na część Królestwa, zajętą przez wojska austryacko-węgierskie.

Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża obejmuje część akcyi, głównie we wschodnich powiatach Galicyi, z pomocą słuchaczy Wydziału lekarskiego lwowskiego, który uczniów swych do niej zachęcił.

— W Lublinie odbyły się 4 do 7 lutego b. r. obrady Głównego Komitetu ratunkowego (G. K. R.), działającego w tej części Królestwa Polskiego, którą zajęły wojska austryacko-węgierskie. Dzienniki podają, że Wydział sanitarny G. K. R., w którego obradach uczestniczyli też przedstawiciele Krakowskiego Komitetu Biskupiego, Czerwonego Krzyża galicyjskiego, oraz Wydziału sanitarnego przy gubernium, zajmował się sprawą walki z zarazami. Przyjął on do wiadomości, iż z ramienia K. B. K. w tych dniach wyrusza do Królestwa kolumna sanitarna, a wnet po niej wyjadą tam i grupy szczepiące ospę. Delegat Stow. Czerwonego Krzyża objaśnił, iż rozpoczęto akcyę w celu

walki z chorobami wenerycznemi. Akcya ta jest prowadzona przedewszystkiem przez władze wojskowe, na których żądanie ma w Lublinie powstać wielki szpital kobiecy na 400 łóżek; będzie zaś staraniem Czerwonego Krzyża, by koszta utrzymania tej instytucyi nie obciążyły ludności miejscowej.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 9. II. b. r. przyjęto do wiadomości, że memoryał Towarzystwa, wniesiony do Najwyższej Rady zdrowia w sprawie zwalczania chorób zakaźnych w kraju (na ręce Prof. Dr Kostaneckiego) został wobec swej wagi niezwłocznie przez Prezydenta Rady zdr., Prof. Weichselbauma, przydzielony Komitetowi Rady dla zwalczania chorób zakaźnych. Na miejsce ś. p. dr. Borzęckiego wybrano delegatem Towarzystwa do Komitetu odbudowy kraju prof. dr. Nitscha. Następnie przedstawiał kol. Piltz ze swojej kliniki przypadki psychiatryczne, jakoto: psychozy maniakalno-depresyjnej, stanów paranoidalnych i otępień paranoidalnych. W dyskusyi przemawiali kol. Blassberg, Ciechanowski, Klecki, Rogalski, Majewski. — Na posiedzeniu Towarzystwa w d. 23 II. b. r. przedstawiali chorych kol. Borowiecki. Michejda i Weissglas, poczem kol. Klęsk miał wykład z dziedziny chirurgii nerwów. W dyskusyi przemawiali kol. Blassberg, Borowiecki, Klęsk, prof. Piltz, prof. Kader, doc. Mazurkiewicz.

— Na dalsze posiedzenia Towarzystwa lekarskiego krakowskie zgłosili m. i. wykłady kol. Bujak, Dadej, prof. Godlewski, prof. Nowak, prof. Piltz, prof. Rosner, Radwańska, doc. Zubrzycki.

— Zarząd Biblioteki Krakowskiego Tow. lek. składa serdeczne podziękowanie JWP. Drowi Janowi Lachsowi za cenne roczniki, ofiarowane Bibliotece. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Strzelichowski z Krakowa.

— Dr W. Kuźniar złożył z odznaczeniem egzamin fizykacki.

— W Jarosławiu odbył się jubileusz 25-letniej działalności Dr. Adolfa Dietziusa na stanowisku burmistrza miasta. Rada miejska uchwaliła na osobnem uroczystem posiedzeniu jednomyślnie przeznaczyć 5000 K na fundacyę imienia Jubilata, oraz jedną z głównych ulic miasta (część ul. Krakowskiej) nazwać ulicą dra Adolfa Dietziusa.

Czcigodnemu Jubilatowi składamy życzenia, by jeszcze długie lata mógł działać dla dobra swych współobywateli równie owocnie i chlubnie, jak przez poprzednie ćwierć wieku.

Lwów. Oprócz ospy, która długi czas bardzo silnie grasowała w mieście, a którą dopiero w ostatnich czasach zdołano trochę opanować, zaniepokojenie budzi znaczny wzrost przypadków chorób wenerycznych; liczba samych leczonych w szpitalu powszechnym wzrosła przeszło w dwójnasób. Toteż miejska Komisya sanitarna, po przeprowadzeniu organizacyi walki z ospą, zajęła się z kolei przy udziale prof. dr. Łukasiewicza i dr. Papéego, prezydenta Izby lekarskiej, sprawą zwalczania chorób wenerycznych

Łódź. Towarzystwo lekarskie łódzkie wybrało na r. 1916 następujący zarząd: prezes dr Krusche, wiceprezes dr S. Sterling, sekretarz dr Tomaszewski, skarbnik dr Grundzach, bibliotekarz dr Prechner.

Z różnych stron. W Genewie obchodził nestor uczonych lekarzy polskich, znakomity anatom, długoletni uniwersytetu genewskiego profesor, dr Zygmunt Laskowski, 75. rocznicę urodzin, a zarazem jubileusz 40-letniej pracy naukowej. Dla uczczenia obu tych rocznic odbył się w d. 19 stycznia w Genewie z inicyatywy polskiej młodzieży obchód jubileuszowy, o czem wiadomość przez dzienniki teraz dopiero doszła do kraju. W amfiteatrze szkoły medycznej w Genewie zgromadziły się tłumy kształcącej się młodzieży różnych narodowości, aby złożyć hołd zasłudze. Mowy wygłosili przedstawiciele zarówno Szwajcarów, jak i cudzoziemców.

Prof. Zygmunt Laskowski, urodzony 19 stycznia 1841 w Warszawie, był jako student Akademii lekarskiej warszawskiej wybitnym uczestnikiem powstania 1863 roku. W chwili wybuchu ruchu zbrojnego zaciągnął się wraz z dwoma braćmi do szeregów powstańczych. Później z nominacyi Rządu Narodowego sprawował urząd prezydenta Warszawy, wkrótce jednak powrócił na pole walki i z bronią w ręku wraz z braćmi pojmany został do niewoli. Z cytadeli warszawskiej powiodło mu się uciec i przez kordony przedostać się do Paryża. Medycynę studyował w dalszym ciągu w Cambridge, Londynie i Paryżu, już wtedy z zamiłowaniem poświęcając się anatomii po kierunkiem Humphreya w Cambridge, a Sappeya w Paryżu. Doktoryzował się w Paryżu w r. 1867, w dwa lata potem zaczął tamże wykłady anatomii i chirurgii operacyjnej w szkole lekarskiej jako docent (professeur libre), ale wojna r. 1870 przerwała tę działalność dydaktyczną. Wstąpił jako lekarz do armii francuskiej, odbył całą kampanię i otrzymał obywatelstwo francuskie i order legii honorowej. Po wojnie powrócił do przerwanej pracy naukowej, a od roku 1876, gdy Akademia genewska przekształcona została na uniwersytet, objął w Genewie katedrę anatomii. Prace swoje ogłaszał głównie po francusku. Z końcem bieżącego roku szkolnego prof. Laskowski opuszcza katedrę.

Sędziwego Jubilata otacza nietylko szacunek i żywa pamięć jego zasług w kraju, ale także gorąca miłość rodaków na obczyźnie, którym świadczył wiele dobrego. Do życzeń jubileuszowych przyłącza się gorąco cała Polska i ogół lekarzy polskich.

— Dzienniki donoszą, że Dr Józefa Joteyko otrzymała katedrę fizyologii w »College de France« w Paryżu.

— W schronisku dla lekarzy »Ärzteheim« w Marienbadzie może być przyjętych w tym roku od maja do września 65 lekarzy (13 na miesiąc), potrzebujących wypoczynku i leczenia. Pierwszeństwo mieć będą lekarze, których zdrowie ucierpiało z powodu pracy w czasie obecnej wojny. Przyjęci do schroniska korzystają z bezpłatnego pomieszkania, składając tylko małą opłatę na utrzymanie schroniska, z bezpłatnych kąpieli, nie płacą taks kąpielowych i t. d. Podania należy wnosić do Zarządu (Vorstand des Vereines Ärtzliches Erholungheim in Marienbad). Przedewszystkiem uwzględniane będą podania członków Towarzystwa utrzymującego schronisko (wkładka roczna najmniej 5 koron).

Mianowania i odznaczenia: Prof. Dr A. Mars we Lwowie otrzymał tytuł radcy dworu; krajowy referent sanitarny radca nam. dr Z. Lachowicz — order żelaznej korony III klasy; inspektorowie sanitarni krajowi dr K. Krzyżanowski i dr A. Kuhn, oraz starsi lekarze powiatowi: dr M. Lewicki (Czerniowce), dr W. Momidłowski (Kraków), dr H. Nycz (Nowy Sącz), — krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

Zmarli: Dr Ludwik Janczarski, wychowaniec Wszechnicy Jagiell., z zakażenia się przy operacyi w Kijowie; Dr Maciej Godecki, lekarz powiatowy w Lubartowie, z duru plamistego; dr Paweł Jaglarz, starszy lekarz sztabowy, w niewoli rosyjskiej w Kokam w Turkestanie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1916. Zeszyt 2. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 1·50 Mk. całego rocznika 16 Mk.

Poświęcony, jak co roku, chorobom krążenia, zawiera tegoroczny zeszyt lutowy dwie rozprawy prof. A. Hoffmanna: O kiłowych schorzeniach układu naczyniowego i o badaniu układu krążenia zapomocą promieni Roentgena, oraz dwie prace prof. von den Veldena: O odczynowem leczeniu zapalenia płuc oraz uwagi krytyczne o leczeniu optochinowem.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.